



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**Competências Emocionais de Crianças
de Pré-Escolar de 4-6 anos em Contexto Multicultural
Uma Intervenção de Enfermagem Comunitária**

Ana Maria Gabriel Lopes

M





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Competências Emocionais de Crianças
de Pré-Escolar de 4-6 anos em Contexto Multicultural
Uma Intervenção de Enfermagem Comunitária

Ana Maria Gabriel Lopes

**Relatório de Estágio orientado por:
Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado Sousa**

“Ainda que os teus passos pareçam inúteis, vai abrindo caminhos, como a água que desce cantando da montanha. Outros te seguirão...”

Antoine de Saint-Exupéry

Dedicatória

A toda a equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar, pela forma como me receberam, nomeadamente à Senhora Enfermeira Coordenadora de Enfermagem Aida Ferreira, pelo incentivo na opção do tema escolhido e à Senhora Enfermeira Isabel Vilaça, pelo profissionalismo e por todas as oportunidades de aprendizagem que me proporcionou.

A toda a equipa do jardim de infância da Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos da Ameixoeira, pela disponibilidade e colaboração. A todas as crianças e suas famílias pela sua colaboração, pela forma como me acolheram e por tudo o que me ensinaram.

Finalmente, um agradecimento muito especial ao meu orientador, Professor Doutor José Edmundo Furtado Xavier Sousa, pela compreensão e confiança demonstradas, pelas orientações que se revelaram fundamentais e pela forma humana como me acompanhou ao longo deste percurso.

E à minha família, por tudo.

A todos dedico o meu trabalho

Resumo

As competências emocionais são fundamentais no processo de desenvolvimento porque, ajudando a criança a desenvolvê-las, ajudamo-la a ter relações positivas com os outros e construir uma autoestima positiva. Ao elegermos a autoestima como processo privilegiado de desenvolvimento das crianças, acreditamos nas suas capacidades, convictos que esta é a estratégia mais adequada para garantir o seu bem-estar e prevenir dificuldades.

Este projeto foi realizado em contexto multicultural, e teve como objetivo promover a capacitação das 21 crianças de 4-6 anos do jardim de infância da Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos da Ameixoeira para o desenvolvimento de competências emocionais saudáveis.

A metodologia seguida foi a do Planeamento em Saúde de Durán, e, como referencial teórico o Modelo do Défice do Autocuidado de Orem.

O diagnóstico de situação efetuou-se a partir de visitas ao bairro de realojamento onde a maioria das crianças reside, da análise dos relatos das crianças enquanto desenharam “a sua casa” e “a sua família”; da análise dos Círculos Familiares de Thrower e da aplicação de um Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-For de Goodman, 2005) aos encarregados de educação e à educadora das crianças.

Os resultados demonstraram que as crianças apresentavam um défice de desenvolvimento das competências emocionais na dimensão da autoestima.

Como estratégia selecionou-se a promoção da saúde e desenvolveram-se atividades baseadas na metodologia da *Collection ESTIME DE SOI* do *Hôpital Sainte Justine*, elaborada com base no preceito que a autoestima constitui um dos principais fatores do desenvolvimento humano.

A avaliação do projeto foi feita através da perceção da apreensão de conhecimentos adquiridos pelas crianças e através de questionários de satisfação, tendo sido atingidos os objetivos operacionais.

A realização deste projeto contribuiu para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária e reforçou o reconhecimento da importância da promoção da autoestima através da capacitação de um grupo de crianças de 4-6 anos.

Palavras-chaves: Autoestima, Competências Emocionais, Contexto Multicultural, Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde.

Abstract

Emotional competences are essential during the human development process. Acquiring these competences leads to the development of positive relationships and self-esteem. By electing the self-esteem as the privileged process from the children development, we believe in their skills. This is believed to be the best suited strategy to ensure their well-being and prevent difficulties.

The present project was developed in a multicultural context. The goal was to promote the training of 21 children for the development of healthy emotional competences. The subjects, aged between 4 and 6, attended the kindergarten at Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos, in Ameixoeira.

The work developed followed the Durán's Health Planning methodology, defining the Orem's Self-Care Theoretical Model as reference.

The diagnosis of the situation was performed by visiting to the neighbourhood where most of those children live; analyzing the children's reports while they were drawing "my home" and "my family"; analyzing the Thower's Family Circles and applying a Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ:Por, Goodman, 2005) to the parents and to the kindergarten teacher.

The results obtained showed that those children had a development deficit of emotional competences on the self-esteem dimension.

Health promotion was the selected strategy. Activities based on the *Collection ESTIME DE SOI* of the *Hôpital Sainte Justine's* methodology were carried out, considering the self-esteem as one of the main factors of the human development.

The project was evaluated by perceiving the knowledge acquired by the children, as well as, by satisfaction questionnaires. It can be concluded that the operational goals were achieved.

This project contributed for the development of specialized skills in Community Nursing and strengthened the recognition of the importance of self-esteem promotion.

Keywords: Community Nursing, Emotional Competences, Health Promotion, Multicultural Context, Self-esteem.

Índice

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Desenvolvimento infantil	13
1.1.1. Faixa etária	13
1.1.2. Competência emocional e autoestima	14
1.2. Desenvolvimento social e cultural	17
1.2.1. Vulnerabilidade	17
1.2.2. Interculturalidade / Comunicação intercultural	18
2. MODELO DE DOROTHEA OREM – TEORIA DO DÉFICE DO AUTOCUIDADO	20
3. METODOLOGIA	21
3.1. Justificação e pertinência	21
3.2. Diagnóstico de situação	22
3.2.1. Contextualização do local de intervenção	23
3.2.2. População alvo e amostra	25
3.2.3. Técnicas e procedimentos de colheita de dados	28
3.2.4. Tratamento e análise dos dados obtidos	35
3.3. Determinação de prioridades	39
3.4. Fixação de objetivos	40
3.5. Seleção de estratégias	42
3.6. Elaboração de programas e projetos	43
3.7. Preparação operacional	44
3.8. Avaliação	46
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

ANEXOS

APÊNDICES

Anexos

Anexo 1 – Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ_Por) Versão Pais 4-16 anos	59
Anexo 2 – Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ_Por) Versão Professores 4-16 anos	62
Anexo 3 – Grelha de Análise de Pineault e Daveluy	65
Anexo 4 – Diploma “Sou Único e Especial”	67

Apêndices

Apêndice 1 – Cronograma previsto e reformulado	70
Apêndice 2 – Autorização da ONPC para aplicação do projeto	72
Apêndice 3 – Autorização para mencionar nome da UCSP do Lumiar no relatório	74
Apêndice 4 – Autorização para mencionar nome da ONPC no relatório	76
Apêndice 5 – Consentimento informado	78
Apêndice 6 – Questionário de caracterização sociodemográfica	80
Apêndice 7 – Fatores condicionantes externos do desenvolvimento	82
Apêndice 8 – Autorização para usar o Questionário SDQ_Por	84
Apêndice 9 – Matriz de correlações momento de produto entre avaliações EE (P) e Educadora (Pr)	86
Apêndice 10 – Plano de apresentação do projeto no JI	88
Apêndice 11 – Plano de sessão informativa na UCSP	90
Apêndice 12 – Cronograma de atividades de intervenção	92
Apêndice 13 – Avaliação qualitativa das atividades com crianças e EE	94
Apêndice 14 – Questionário avaliação satisfação dirigido às crianças e aos EE	96
Apêndice 15 – Plano de sessão de EpS dirigida aos EE	98
Apêndice 16 – Plano de intervenção comunitária	100
Apêndice 17 – Tabela de atividades	102
Apêndice 18 – Fotografias das atividades realizadas com crianças	106
Apêndice 19 – Metas e respetivas avaliações	111

Gráficos

Gráfico 1 – Caraterização da amostra por género e idade	26
Gráfico 2 – Caraterização da amostra por cultura	26
Gráfico 3 – Caraterização da amostra por tipo de família e cultura	27
Gráfico 4 – Caraterização da amostra por habilitações académicas dos EE	27
Gráfico 5 – Caraterização da amostra por tipo de residência	28
Gráfico 6 – Posicionamento da criança – Círculo Familiar de Thrower	29
Gráfico 7 – Figura de maior proximidade da criança – Círculo Familiar de Thrower	30
Gráfico 8 – Figura mais afastada da criança – Círculo Familiar de Thrower	30
Gráfico 9 – Tamanho da figura dos progenitores vs Tamanho da criança	31

Quadros

Quadro 1 – Análise dos relatos das crianças sobre seus desenhos	32
Quadro 2 – Priorização dos problemas segundo grelha de análise de Pineault e Daveluy	40

Tabelas

Tabela 1 – Frequências relativas com casos válidos para SDQ, Versão Pais	35
Tabela 2 – Frequências relativas com casos válidos para SDQ, Versão Professores	36
Tabela 3 – Teste de correlação de <i>Spearman</i> entre as sub-escalas do SDQ	36
Tabela 4 – Avaliação da percentagem de crianças que participaram nas atividades “A minha semana” e “Entrega de Diploma”	46
Tabela 5 – Avaliação da percentagem de crianças que participaram na atividade “Passeio ao Zoo”	46
Tabela 6 – Avaliação da percentagem de EE que participaram na sessão de EpS	47
Tabela 7 – Avaliação da percentagem de satisfação dos EE na sessão de EpS	47
Tabela 8 – Avaliação da percentagem de satisfação das crianças nas atividades desenvolvidas	48
Tabela 9 – Avaliação da percentagem de satisfação das crianças na atividade “Passeio ao Zoo”	48

Siglário

ACES	Agrupamento de Centro de Saúde
ATL	Atividades dos Tempos Livres
CEDRU	Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano
DGS	Direção Geral da Saúde
EE	Encarregado de Educação
EEEC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
EpS	Educação para Saúde
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
Jl	Jardim de Infância
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONPC	Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos
PER	Plano Especial de Realojamento
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSE	Plano Nacional de Saúde Escolar
RSI	Rendimento Social de Inserção
TDAC	Teoria do Défice de AutoCuidado
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UM	Unidade Móvel

INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do 2º Mestrado – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposta a elaboração de um relatório de estágio de acordo com a temática orientadora desenvolvida no projeto de intervenção: **“Competências emocionais de crianças de pré-escolar de 4-6 anos de um jardim de infância em contexto multicultural.”**

A competência emocional para Saarni (2011) define-se como um conjunto de aptidões comportamentais, cognitivas e reguladoras centradas sobre o afeto que surgem num determinado contexto social ao longo do processo de desenvolvimento do indivíduo. Refere ainda que criamos ativamente a nossa experiência afetiva com a influência combinada das nossas estruturas cognitivas de desenvolvimento e da nossa exposição social ao discurso afetivo. Por sua vez, Vale (2009) refere que, ao ajudar a criança a desenvolver competências emocionais, a expressar os seus sentimentos, ajudamo-la a ter relações mais positivas com os outros e a construir uma boa autoestima.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), na Declaração de Alma-Ata formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), o ambiente escolar constitui para os serviços de saúde um ambiente privilegiado para intervenções a nível da promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento da saúde das crianças.

Por sua vez o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS), refere que as atuais necessidades de saúde e as estratégias nacionais e internacionais privilegiam as intervenções centradas na família, nos grupos e na comunidade, permitindo uma visão integrada do conjunto dos problemas de saúde, onde cada indivíduo assume um papel fundamental. A obtenção de ganhos em saúde com foco na família e nos grupos constitui assim um dos pilares que orientará a nossa ação.

Da mesma forma a Direcção Geral da Saúde (DGS), no Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), define a saúde individual e coletiva como uma das quatro áreas de intervenção prioritária e refere ainda que compete à saúde escolar zelar pela saúde física e mental das crianças e dos jovens dado que a escola “a par de poder ser um ambiente de excelência para a promoção da saúde, tem uma influência decisiva nos comportamentos das crianças e dos jovens, no seu desenvolvimento académico e emocional”. (DGS, 2006, p. 17)

Este projeto desenvolveu-se num contexto multicultural, numa sociedade com predominância de crianças de cultura cigana. Lopes, Santos, Matos, e Ribeiro, (2009, p. 48), afirmam que uma sociedade multicultural subentende “a existência de diversas comunidades étnicas, marcadas por diferenças em

termos de línguas, religiões, usos e/ou costumes geradas pela imigração voluntária ou forçada”. Considerando a complexidade dos problemas de saúde da população, este projeto teve como objetivo contribuir para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), nomeadamente: “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”. (Regulamento n.º 128/2011)

Assim, este relatório descreve o trabalho realizado durante o estágio de enfermagem comunitária, que decorreu de 03 de Outubro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012 na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Lumiar de acordo com o cronograma. (Apêndice 1)

A escolha da intervenção prendeu-se com o fato de ser reconhecida a importância da competência emocional no desenvolvimento da criança e esta temática ser objeto de estudo de vários investigadores, nomeadamente, Nissen e Hawkins (2010), que referem que a competência emocional contribuirá, entre outros, para o estabelecimento de relações sociais positivas e para a criação de uma autoestima positiva. Referem também que esta se revela decisiva no sucesso académico da criança.

A intervenção comunitária efetuada teve subjacente a **Metodologia do Planeamento em Saúde de Durán** e cuja **finalidade** foi a de promover a aquisição de competências emocionais saudáveis pelas crianças de 4-6 anos que frequentam o jardim de infância (JI) da Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos (ONPC) da Ameixoeira.

O **objetivo geral** foi promover o autocuidado na dimensão da autoestima através da aquisição de competências emocionais saudáveis nas crianças de 4-6 anos que frequentam JI da ONPC da Ameixoeira. Tendo em conta o objetivo do projeto considerou-se que o **Modelo do Défice do Autocuidado de Orem** era o que melhor fundamentava a sua implementação.

Este relatório encontra-se organizado em 4 capítulos que pretendem retratar o percurso efetuado. Assim, após ter procedido ao enquadramento teórico, descrever-se-á no segundo capítulo, o quadro de referência norteador. No terceiro capítulo, apresenta-se a metodologia utilizada de acordo com a **Metodologia do Planeamento em Saúde de Durán** e para terminar, no quarto capítulo, serão traçadas as considerações finais, nas quais refletiremos sobre as competências de EEEEC desenvolvidas neste percurso e quais os constrangimentos e os aspectos facilitadores encontrados e as sugestões para a prática de enfermagem e para o desenvolvimento de trabalhos futuros.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, pretende-se definir a perspetiva sobre a qual o problema será examinado e determinar a forma como se insere num determinado contexto que lhe dará um sentido preciso.

1.1. Desenvolvimento infantil

O crescimento e o desenvolvimento expressam a soma de inúmeras alterações que ocorrem ao longo da vida de um indivíduo num processo dinâmico e contínuo e que envolve várias dimensões inter-relacionadas desde o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade e a diferenciação. No campo do desenvolvimento infantil, classifica-se o crescimento e o comportamento infantis em estágios aproximados de acordo com as características de uma determinada faixa etária. De acordo com Hockenberry e Winkelstein (2006, p. 80), estas classificações permitem a descrição de “características associadas à maioria das crianças nas épocas em que alterações distintas no desenvolvimento aparecem e tarefas específicas do desenvolvimento devem ser executadas”. Existem várias teorias do desenvolvimento infantil, optamos por apresentar aqui a de Piaget (1969), por ser uma teoria muito abrangente sobre o desenvolvimento cognitivo e na qual propôs os quatro seguintes estágios: o estágio sensório-motor (do nascimento aos 2 anos de idade); o estágio pré-operacional (de 2 a 7 anos de idade); o estágio de operações concretas (dos 7 aos 11 anos de idade) e o estágio de operações formais (dos 11 aos 15 anos de idade).

1.1.1. Faixa etária

A faixa etária junto da qual se desenvolveu o estágio corresponde ao pré-escolar, mais precisamente trata-se de um grupo de crianças entre 4 e 6 anos. De acordo com Hockenberry e Winkelstein (2006, p. 81), o período pré-escolar (dos 3 aos 6 anos) é caracterizado por uma atividade e descobertas intensas sendo ainda “uma época de desenvolvimentos físicos e de personalidade marcantes (...) crianças nessa idade (...) ampliam os relacionamentos sociais, aprendem papéis padrão de comportamentos (...) e começam a desenvolver um autoconceito”.

Segundo a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget (1969), as crianças entre os 4 e os 6 anos encontram-se no estágio pré-operacional, estágio esse que é constituído por duas fases: a fase pré-conceitual, entre os 2 e os 4 anos de idade, e a fase do pensamento intuitivo, dos 4 aos 7 anos; na

transição entre essas duas fases, a criança passa de um pensamento totalmente egocêntrico para uma consciência social e adquire a capacidade de considerar os pontos de vista de outros.

Em termos cognitivos e ainda de acordo com Hockenberry e Winkelstein (2006, p. 425), a criança em idade pré-escolar, “começa a perguntar o que os pais pensam, comparando-os com crianças da mesma idade e outros adultos; pode perceber preconceitos e tendências no mundo externo; é mais capaz de enxergar pela perspectiva dos outros”. Os mesmos autores referem também que a criança é culturalmente orientada para os rótulos de “bom/mau” e “certo/errado” e determina a bondade ou maldade de uma ação em termos das suas consequências. Assim e, em termos de valor moral, embora a criança aprenda em casa e na escola quais são os comportamentos considerados certos e errados na sua cultura, referem que é na interação com as outras crianças durante a brincadeira que vai contribuir de forma significativa para o seu treino moral.

As brincadeiras constituem a linguagem universal das crianças e são também uma das formas mais importantes de comunicação, podendo ser também uma técnica eficaz para se relacionar com elas. Hockenberry e Winkelstein (2006, p. 418) referem ainda que são também uma forma da criança “compreender, adaptar-se e exercitar as experiências da vida”.

De acordo com os mesmos autores, em termos de socialização, a criança através da brincadeira com outras crianças aprende a estabelecer relações sociais e a diferenciar o certo do errado. Referem também que é através da brincadeira, a nível da autoconsciencialização, que a criança consegue aprender o efeito que o seu comportamento tem nos outros.

1.1.2. Competência emocional e autoestima

De acordo com Saarni (1999, p. 57), a competência emocional define-se como “a demonstração da eficácia pessoal nos relacionamentos sociais que evocam emoção”.

O modelo de Cherniss e Goleman (2001) sobre competências emocionais articula-se em torno de quatro conceitos principais: a autoconsciência, o autodomínio, a consciência social e a gestão das relações. A autoconsciência, surge como a capacidade de compreender as suas emoções e é composto, entre outros, pela autoestima e pela autoconfiança. Por sua vez, o autodomínio consiste em dominar as suas emoções, os seus impulsos e em adaptar-se à evolução da situação. A consciência social, envolve a capacidade de reconhecer e compreender as emoções do outro e reagir em função destas. Por sua vez a gestão das relações, corresponde à capacidade de influenciar os outros favorecendo o seu desenvolvimento e gerir conflitos.

A competência emocional, nomeadamente a sua importância no desenvolvimento da criança, tem vindo a ser alvo de vários estudos, nomeadamente, o de Havighurst, Harley e Prior (2004, p. 423) que refere que “um défice de competência emocional tem sido identificado como precursor de dificuldades sociais, emocionais e de comportamento das crianças¹”.

Em termos de competência emocional, também o PNSE (2006), salienta o papel da escola referindo a sua influência decisiva, não apenas na promoção da saúde, mas também no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, inclusive no desenvolvimento emocional das crianças.

Hockenberry e Winkelstein (2006, p. 90), definem o **autoconceito** como a forma como um indivíduo se descreve a si mesmo, inclui nomeadamente a imagem corporal e a autoestima. Referem que “na infância, o autoconceito é primeiramente uma consciência de existência independente aprendida em parte como resultado de contactos sociais e experiências com outros”.

Quanto à **imagem corporal** consideram-na um componente vital do autoconceito e que se refere às atitudes e aos conceitos subjetivos que o indivíduo possui em relação a seu próprio corpo. Para Hockenberry e Winkelstein (2006, p. 419), os anos pré-escolares desempenham um papel significativo no desenvolvimento da imagem corporal porque é nessa fase que as crianças reconhecem que há pessoas «bonitas» ou «feias», reconhecem “diferenças de cor de pele e identidade racial, e estão vulneráveis a aprender preconceitos e tendências (...) reflectem sobre as opiniões dos outros em relação à sua própria aparência”. Enquanto o autoconceito é o componente cognitivo, a **autoestima** configura-se como o componente afetivo do “eu”. A autoestima refere-se nomeadamente à percepção de como os indivíduos são valorizados pelos outros. De acordo com Laporte (1997), a autoestima é a certeza interior do seu próprio valor, é a consciência de ser um indivíduo único com forças e com limites. Refere ainda que é através nomeadamente do orgulho ou da decepção que percecionam dos seus pais para com elas que as crianças constroem a sua autoestima. Por sua vez, Duclos e Bertrand (1997, p. 12) referem que a autoestima está subordinada à qualidade das relações que a criança tece com as pessoas que lhe são significativas. Dessa forma,

os comentários favoráveis que um adulto faz a uma criança que lhe atribui muita importância contribuem muito para a existência de uma boa autoestima nessa criança. Pelo contrário, comentários negativos podem destruir a imagem que essa criança tem de si própria².

Ainda para Duclos e Bertrand (1997), a **autoestima constitui um dos principais fatores de desenvolvimento humano**, é o principal fator de prevenção das dificuldades de adaptação e de aprendizagem nas crianças e da doença mental nos adultos.

¹ Tradução da autora

² Tradução da autora

Se nos referirmos à pirâmide das necessidades universais elaborada por Maslow, verifica-se que as necessidades de segurança física e psicológica se situam em segundo lugar na hierarquia das necessidades de base do ser humano, logo após as necessidades vitais ou de sobrevivência.

Duclos e Bertrand (1997) referem ainda que a autoestima se desenvolve ao longo da vida, e, daí ser crucial favorecer a autoestima das crianças em idade pré-escolar, para assim, contribuímos para zelar para a emergência da consciência na criança em idade pré-escolar do seu próprio valor pessoal. Para esses autores (1997, p. 16),

ao favorecermos a autoestima nas crianças com menos de 6 anos, estamos a fazer um investimento que se revelará precioso para prevenir de forma eficaz as dificuldades de adaptação e de aprendizagem e ainda para tornar a vida mais bela.³

Referem ainda que as componentes fundamentais da autoestima são o sentimento de confiança, o auto conhecimento, o sentimento de pertença bem como o sentimento de sucesso. Referem também que, para que a criança tenha uma perceção de si-própria positiva e duradoira, para que consiga uma autoestima positiva, é preciso algo mais do que ter conhecido pequenos sucessos: é necessário que um adulto significativo para a criança realce os seus gestos positivos e os seus sucessos de forma que a criança tenha consciência deles e os guarde na sua memória. Dessa forma para Duclos e Bertrand (1997), a autoestima funciona através da memória e graças a ela, por esse motivo, a recordação dos gestos positivos e dos sucessos deve ser reativada regularmente se desejarmos que permaneça ao nível da consciência. A autoestima depende assim para os autores referidos anteriormente, em primeiro lugar, dos *feedbacks* positivos que são exprimidos pelas pessoas que são importantes para a criança; estas, ao realçarem os seus sucessos, confirmam-na no seu valor. A fonte da autoestima é então, numa primeira fase, extrínseca à criança; mas com o passar do tempo, e ao receber regularmente *feedbacks* positivos, a criança exterioriza uma boa autoestima que será alimentada de forma intrínseca por um monólogo, isto é, por uma conversa interior que a criança tem consigo própria e cujo conteúdo é positivo ou negativo. Também Hockenberry e Winkelstein (2006, p. 480) referem que cada pequeno sucesso contribui para aumentar a autoestima da criança: “quanto mais positivas as crianças se sentem sobre si mesmas, mais confiantes estarão ao tentar o sucesso no futuro. Todas as crianças lucram com a sensação de que são, de algum modo, especiais para um adulto significativo”.

De acordo com Duclos e Bertrand (1997) vários estudos demonstraram que quanto mais precoces forem as intervenções no desenvolvimento das crianças, menores serão os riscos que venham a desenvolver dificuldades de adaptação e de aprendizagem, sendo a autoestima reconhecida como o fator principal de prevenção dessas dificuldades.

³ Tradução da autora

1.2. Desenvolvimento social e cultural

De acordo com Stanhope e Lancaster (2011, p. 10), na enfermagem de saúde pública existe a preocupação pela “ligação entre o estado de saúde da população e o ambiente no qual a população vive (físico, biológico e sociocultural)”, bem como “pela saúde de todos os membros da população/comunidade, principalmente subpopulações vulneráveis”.

1.2.1. Vulnerabilidade

De acordo com De Chesnay e Anderson (2012), a vulnerabilidade é um conceito geral que, em saúde, significa susceptível de desenvolver determinado problema de saúde. Entendem por populações vulneráveis aquelas que têm maior risco de desenvolver problemas de saúde a nível físico, psicológico ou social devido ao seu *status* sociocultural marginalizado, ao seu acesso limitado a recursos económicos ou devido a características individuais tais como o género ou a idade. Assim, para De Chesnay e Anderson (2012, p. 455), o conceito de vulnerabilidade aplica-se tanto a indivíduos como a populações e pode ter uma conotação pejorativa:

as populações vulneráveis são frequentemente caracterizadas como necessitando de ajuda, susceptíveis, em risco ou marginalizadas; raramente nos referimos a esses grupos para mencionar a sua resiliência ou capacidades. As populações vulneráveis são frequentemente compostas por pessoas fortes que enfrentam situações difíceis, e que têm potencial para se tornarem resilientes quando as suas capacidades são mobilizadas⁴.

Verifica-se frequentemente que as populações vulneráveis são também populações com recursos socioeconómicos limitados que vivem na pobreza. E por **pobreza** entende-se, de acordo com Stanhope e Lancaster (2011, p. 775),

a posse de recursos insuficientes para cobrir as despesas básicas de subsistência. Estas despesas incluem os custos da alimentação, abrigo, vestuário, meios de transporte e cuidados médicos. Para além dos resultados económicos, no entanto, a pobreza tem consequências físicas, psicológicas e espirituais.

Da mesma forma também a **exclusão social** se configura como um fenómeno multidimensional, e para tal situação contribuem de acordo com Rodrigues, Samagaio, Ferreira, Mendes e Januário (1999, p. 65) “fenómenos sociais diferenciados, tais como o desemprego, a marginalidade, a discriminação, a pobreza, entre outros”.

De acordo com Reis Colaço (2010), apesar do realojamento poder parecer um processo capaz de resolver os problemas sociais decorrentes da pobreza e exclusão social, na realidade trata-se de um

⁴ Tradução da autora

processo que leva à manutenção de grandes agrupamentos de famílias pobres, que concentra no seu interior os principais grupos de risco e inúmeros problemas sociais, levando à interiorização da exclusão. Nesses bairros de realojamento e segundo Reis Colaço (2010), sendo as diferenças culturais muito acentuadas e os valores muito diferentes verifica-se a procura daqueles com quem se partilham traços, o relacionamento começando com a partilha de semelhanças.

1.2.2. Interculturalidade / Comunicação intercultural

Ramos (2008, p. 97) refere que a globalização, mas também a mobilidade das populações e a urbanização, têm contribuído para o aumento sem precedentes dos contactos entre pessoas de culturas diferentes e têm contribuído, dessa forma, para a “multi/interculturalidade das sociedades e colocado sérios desafios à comunicação e à gestão da diversidade cultural”.

Ramos (2008, p. 98) refere ainda que esta realidade originou não apenas o desenvolvimento de novas formas de relações sociais e interculturais mas também “novos conflitos e problemas de comunicação e novas formas de discriminação e exclusão”. Esta realidade impõe novas políticas de prevenção e intervenção, baseadas, entre outros, numa perspetiva centrada nos indivíduos e que sejam,

capazes de gerir a diversidade cultural e de promover e harmonizar a saúde física e psíquica, com as necessidades e com o bem-estar psicológico e social dos indivíduos, das famílias e dos grupos, maioritários ou minoritários (...) são numerosos os problemas psicossociais e sanitários, colocados por uma parte da população, nomeadamente minorias étnicas e populações migrantes, grupos que vivem frequentemente em situação de exclusão, precaridade e grande vulnerabilidade. (Ramos, 2008, p. 45)

Ramos (2008, p. 105) define a comunicação como “um processo bidirecional, contínuo, dinâmico, interactivo e irreversível, envolvendo um funcionamento circular e um *feedback* recíproco, que se produz num dado contexto físico, social e cultural, influenciando o comportamento”.

Salienta que em contexto de saúde, a comunicação deve, entre outros, “estar adaptada às capacidades cognitivas, ao nível cultural/educacional, às representações e crenças de saúde, às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente/doente.” (Ramos, 2008, p. 110).

E, nesse mesmo contexto, a mesma autora refere que é necessário instaurar-se entre o utente e o profissional um clima de confiança e de compreensão que poderá passar por:

gestos, atitudes e palavras acessíveis e simples, pelo diálogo e pela comunicação com o outro, exigindo o conhecimento da cultura e o respeito pela diversidade, mas também por atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia, em relação ao indivíduo e às situações, na sua singularidade e especificidade. (2008, p. 110)

Ramos (2008, p. 123) refere ainda que “uma pedagogia da relação e da comunicação intercultural, baseada na compreensão e na tolerância e no reconhecimento do outro e da alteridade, deverá iniciar-se, desde muito cedo, no contexto familiar e escolar”.

Para Ramos (2008, p. 146) o insucesso escolar é maior entre as crianças advindas de outras culturas e relaciona este aspeto com o fato de se sentirem “menos valorizadas do que as crianças nacionais, o que provoca uma baixa auto-estima, sentimentos de marginalização, insegurança que desembocam na não motivação da interacção social e do aprender”.

Dessa forma a educação intercultural na escola, de acordo com a mesma autora, poderá desempenhar um papel importante não apenas na prevenção do insucesso escolar mas também na prevenção “das patologias, que podem estar na sua origem, promovendo a auto-estima e o bem-estar das crianças e das famílias migrantes ou não”. (2004, p. 251)

De salientar também, ainda de acordo com Ramos (2008, p. 82), que as condições precárias sociais e de alojamento de uma grande parte da população migrante que vive em condições de isolamento, com falta de conforto e de higiene, para além de ter problemas sociais, linguísticos e culturais que dificultam a sua integração social e a comunicação com os profissionais de saúde, têm também “influência na saúde da família, muito em particular da criança, estando na origem de patologias várias e aumentando as situações de risco e de vulnerabilidade”.

2. MODELO DE DOROTHEA OREM – TEORIA DO DÉFICE DO AUTOCUIDADO

Em 1956 Dorothea Orem apresentou a sua teoria geral de enfermagem, a Teoria do Défice de AutoCuidado (TDAC). Orem (1985, p. 84) define o autocuidado como “a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham em seu benefício com intuito de preservar a vida, a saúde e o seu bem-estar⁵”. Refere que todo o indivíduo é capaz de se autocuidar sendo assim “agente de autocuidado” (*self-care agent*); contudo, quando as necessidades do indivíduo são superiores à sua capacidade em autocuidar-se, surge um défice no autocuidado e o indivíduo torna-se num “agente dependente de cuidados” (*dependent care agent*).

Para orem (1985), a capacidade de envolver-se e executar ações que atendam as necessidades depende de alguns fatores tais como a idade, as experiências da vida, os valores, as crenças, a cultura em que se está inserido, os recursos, o género e a educação, sendo denominados por **fatores condicionantes básicos** (*basic conditioning factors*). Estes podem ser fatores internos ou externos aos indivíduos consoante afetem a sua capacidade de envolver-se no autocuidado ou afetem o tipo e a quantidade de autocuidado necessário. A abordagem de Orem é uma das abordagens especialmente apropriada para utilizar com populações vulneráveis, isto porque, de acordo com Stanhope e Lancaster (2011, p. 760), “a abordagem do auto cuidado dirige o enfermeiro para a apreciação das necessidades e capacidades de auto cuidado do cliente, para que as intervenções terapêuticas de enfermagem possam identificar os défices de auto cuidado”.

Orem (1985, p. 152) identificou três classificações para a execução do autocuidado: “sistemas de enfermagem totalmente compensatórios, sistemas de enfermagem parcialmente compensatórios e sistemas de enfermagem de apoio-educação (de desenvolvimento)⁶”. Este último sistema de apoio-educação refere-se de acordo com Orem (1985, p. 156) a situações em que “o paciente é capaz de desempenhar ou só poderá aprender a desempenhar determinado autocuidado com apoio⁷”.

Orem (1985, p. 156) refere que as técnicas de ajuda nestas situações devem incluir “combinações de apoio e orientação num ambiente de desenvolvimento e ensino⁸”. Assim, por meio dos sistemas de enfermagem preconizados por esta autora, o enfermeiro tem a possibilidade de usar cinco métodos de ajuda, nomeadamente agir ou fazer por outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, **proporcionar** e manter **um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e educar**.

⁵ Tradução da autora

⁶ Tradução da autora

⁷ Tradução da autora

⁸ Tradução da autora

3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada ao longo desta intervenção comunitária foi baseada no Modelo de Planeamento em Saúde de Durán e no Modelo de Dorothea Orem, nomeadamente na Teoria do Défice do AutoCuidado (TDAC) como quadro conceptual norteador. A metodologia do Modelo de Planeamento em Saúde é segundo Durán (1989) uma atividade que carece do conhecimento das situações a que se vai aplicar, nomeadamente, as necessidades reais de saúde que as pessoas, as famílias e as comunidades reconhecem. Durán (1989, p. 189-90) define projeto como “um plano com prazo fixo, destinado a materializar uma ideia concreta (...) deve situar-se num período determinado para atender e resolver os problemas da sua elaboração e execução e para fazer uso dos recursos necessários”.

Ainda segundo Durán (1989), um processo de planeamento em saúde é constituído pelas seguintes fases de desenvolvimento: preparação de documentos preliminares; decisões políticas, técnicas e administrativas; recolha de informação; análise da situação; identificação de problemas; definição de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias; análise de obstáculos e da fatibilidade; seleção de atividades e de recursos; estimativa de custos globais; elaboração de programas e de projetos; execução de programas e de projetos; avaliação dos resultados do processo e proposta dos ajustamentos necessários. Durán (1989) salienta ainda que estas etapas não são rígidas, sendo por vezes necessário avançar ou recuar algumas etapas. Neste capítulo, descrever-se-á a implementação do projeto desde a fase do diagnóstico da situação até à avaliação, seguindo todas as etapas da metodologia do planeamento em saúde.

3.1. Justificação e pertinência

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) centra a sua intervenção nos cuidados prestados à comunidade, grupos, famílias e pessoas ao longo do seu ciclo de vida, intervém em múltiplos contextos, nomeadamente, em contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis e por diferenças étnicas, linguísticas e culturais. O EEEEC tem competências para efetuar o planeamento e a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, podendo, dessa forma, identificar as necessidades de saúde dessa comunidade. Assim, procede à identificação dos grupos vulneráveis que serão alvo de uma atenção prioritária em projetos de intervenção comunitária. De acordo com Silva (2008), essa intervenção visa atuar orientando para “estratégias de prevenção e de

promoção da saúde e ajudando a identificar forças, dificuldades e recursos”. A educação para a saúde (EpS) surge como fundamental no trabalho do EEEEC com populações vulneráveis dado que visa capacitar os indivíduos para a melhoria do seu estado de saúde.

Nesse sentido, informantes altamente qualificados, nomeadamente, a enfermeira coordenadora de enfermagem da UCSP do Lumiar e a enfermeira responsável pelo estágio, sugeriram que a nossa área de intervenção fosse o desenvolvimento infantil, nomeadamente, a aquisição de competências emocionais das crianças do pré-escolar de 4-6 anos de um JI da ONPC, em contexto multicultural, no bairro de realojamento da Ameixoeira.

A identificação destas crianças prendeu-se com o fato de serem um grupo vulnerável devido a fatores variados, relacionados não apenas com a sua idade, o seu *status* sociocultural marginalizado, mas também com a pobreza e o fato de viverem numa zona perigosa e com elevados índices de insegurança.

3.2. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação constitui a primeira etapa no processo de planeamento em saúde. Para além de sucinto e claro, deve também ser suficientemente alargado para permitir identificar os principais problemas de saúde e os respetivos fatores condicionantes. Nesse sentido, Durán (1989, p. 63) refere que se deve começar pela obtenção de um conjunto de dados e, para tal, informa que “a exploração directa no terreno é indispensável e é também a fonte mais fiável”. Refere ainda que a perspetiva temporal dentro da qual se analisa a situação (o passado e o futuro), deve estar orientada para melhor conhecer o presente permitindo assim delinear melhor os recursos necessários para o futuro.

De seguida, após descrever os procedimentos éticos respeitados, proceder-se-á à descrição dos processos de trabalho que foram desenvolvidos nesta etapa de planeamento em saúde.

Foi para nós essencial ter em consideração os princípios fundamentais relacionados com os códigos éticos ao longo deste processo. Assim, foi solicitada autorização à Coordenadora do JI da ONPC da Ameixoeira para a aplicação do projeto (Apêndice 2); foi solicitada autorização à Enfermeira Coordenadora de Enfermagem da UCSP do Lumiar para que seja identificado o nome da instituição no relatório do projeto (Apêndice 3); foi solicitada autorização à Coordenadora do JI da ONPC da Ameixoeira para que seja identificado o nome da instituição no relatório do projeto (Apêndice 4), tendo sido obtido um parecer positivo. Foi ainda garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, tendo estes participado de uma forma livre e voluntária. Os encarregados

de educação (EE) foram convidados a participar concedendo também autorização para a educadora preencher o questionário sobre o seu educando. A participação de ambos, EE e educadora permitiu realizar o cruzamento dos resultados obtidos no preenchimento dos questionários sobre as crianças. Nesse sentido foi também solicitada autorização aos EE para consultar os processos administrativos dos seus educandos e utilizar no âmbito deste relatório as suas fotografias na realização das atividades no JI. (Apêndice 5)

3.2.1. Contextualização do local de intervenção

Este estágio de intervenção comunitária desenvolveu-se na Unidade Móvel (UM) da UCSP do Lumiar que pertence ao Centro de Saúde do Lumiar que integra o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Norte.

A UCSP do Lumiar dispõe de um projeto de intervenção comunitária utilizando como meio de acessibilidade uma UM que surgiu na sequência do projeto “Unidades Móveis para Apoio a Grupos Vulneráveis”. De acordo com Bacelar (2010, p. 1), estes projetos foram inicialmente dirigidos “a grupos vulneráveis e bolsas de pobreza no âmbito da saúde Materno-Infantil e Planeamento Familiar. Procurou-se sempre dar resposta às necessidades de saúde identificadas nas várias comunidades de modo a reduzir o risco em saúde pública”. Tiveram por base os programas de saúde do PNS e a sua intervenção decorre das necessidades de saúde da população abrangida e visa aconselhar, orientar, encaminhar e acompanhar todos os grupos numa perspetiva de abordagem familiar. Pretende-se assim, nomeadamente, aumentar os conhecimentos da população e contribuir para uma mudança de atitudes e comportamentos bem como contribuir para a inclusão social numa perspetiva multicultural, promovendo a redução das desigualdades em saúde. Na UCSP do Lumiar, a UM funciona dois dias por semana, sendo a terça-feira destinada para a deslocação ao Bairro de Realojamento da Ameixoeira e acompanhamento de famílias “vulneráveis”. É deste modo que a equipa de Intervenção Comunitária intervém no JI em foi implementado este projeto.

A freguesia da Ameixoeira situa-se na periferia norte do concelho de Lisboa e de acordo com Reis Colaço (2010), caracteriza-se por fortes descontinuidades e por ser uma área relativamente circunscrita, de difícil acesso rodoviário, isolada da restante cidade através de importantes eixos viários que funcionam como barreiras físicas, com forte propensão para a constituição de enclave étnico.

O PER é o Plano Especial de Realojamento nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e do Porto e está integrado no âmbito do Programa Nacional de Luta contra a Pobreza. Na Ameixoeira, o realojamento

decorreu entre 2001 e 2004 e juntou residentes de diversas origens num grande conjunto de blocos de apartamentos e dispersando a maior parte das comunidades de origem, incluindo várias famílias. Verifica-se que neste bairro “o predomínio de residentes vulneráveis em termos sociais e económicos potencia a emergência de fenómenos de segregação social e estigmatização territorial desta área”. (CEDRU, 2010)

Verifica-se também que o bairro é caracterizado por múltiplos problemas, nomeadamente, vandalização dos espaços e conflitos intra e inter-étnicos. (Reis Colaço, 2010)

De acordo com o relatório do CEDRU (2010), o bairro de realojamento da Ameixoeira tem uma elevada percentagem de população em idade ativa, com baixo nível de escolaridade, empregos precários e desemprego, originando uma grande dependência de apoios institucionais. Em termos de naturalidade 80,7% tem naturalidade portuguesa e de salientar também a existência de minorias étnicas, nomeadamente a comunidade cigana que representa 18% da população. (CEDRU, 2010)

Refere ainda que em termos da situação económica, 15,1% dos agregados familiares subsistem só do Rendimento Social de Inserção e 25,4% dos agregados familiares da Ameixoeira encontra-se desempregado.

Quanto ao JI da Ameixoeira em que realizamos a nossa intervenção, este é gerido por uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), o Secretariado Diocesano de Lisboa da Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos, é abrangido pela UCSP do Lumiar e situa-se no bairro de realojamento da Ameixoeira. Recebe 45 crianças dos 3 aos 6 anos, divididas em 2 turmas.

As crianças são na grande maioria de etnia cigana mas, desde há cerca de dois anos, se existirem vagas acolhe também crianças de outras etnias. Junto ao JI está o centro de Atividades dos Tempos Livres (ATL) com cerca de 80 alunos, desde o 1º ao 6º ano de escolaridade. Trabalham no JI duas Educadoras de Infância, duas auxiliares educadora de infância e duas assistentes operacionais (que dão também apoio ao ATL). Sendo a população que servem bastante carenciada, são servidos o pequeno-almoço, o almoço e o lanche.

A grande maioria das crianças reside no bairro e todas pagam um valor “simbólico” mediante os rendimentos familiares. Em termos de recursos físicos é de salientar que o JI, está equipado com infraestruturas adequadas e dispõe dos equipamentos preconizados para este tipo de estabelecimento.

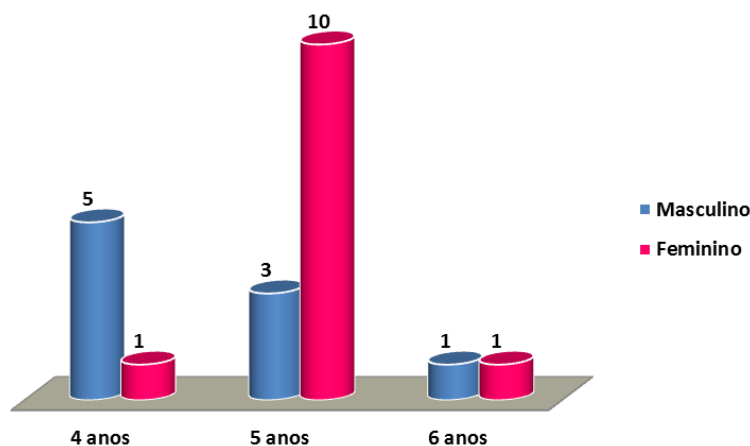
3.2.2. População alvo e amostra

Fortin (2009, p. 55) define **população** como um “conjunto de indivíduos ou de objectos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão, tendo em vista um determinado estudo”, e define a **população alvo** como sendo, “a população que o investigador quer estudar e a propósito da qual deseja fazer generalizações”. Refere que sendo raramente possível estudar a totalidade da população é necessário constituir uma **amostra** “que é, tanto quanto possível, representativa da população e determina também o seu tamanho”.

Assim, a nossa **população** foi composta pelas 45 crianças do JI da Ameixoeira com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos. Quanto à **população alvo**, esta foi composta pelas 23 crianças da faixa etária dos 4 aos 6 anos da sala da pré-escolar daquele JI. Por sua vez a **amostra** foi constituída por 21 crianças ($n = 21$), de 4 a 6 anos, da sala da pré-escolar do JI da Ameixoeira por duas crianças terem deixado de frequentar aquele JI. A seleção desta amostra prende-se com o fato de, durante o período do estágio, 71,4% das crianças ter entre 5 e 6 anos, que se encontram a preparar-se, como referem Hockenberry e Winkelstein (2006) para a mudança mais significativa de seus estilos de vida que é o ingresso na escola, e ainda por ser possível a enfermeira responsável pelo estágio, dar continuidade a este projeto no âmbito da Saúde Escolar, quando estas crianças integrarem o primeiro ciclo do ensino básico. Por questões de igualdade de oportunidades e atitudes não discriminatórias, optamos por incluir no estudo as crianças de 4 anos que se encontravam na mesma sala e neste caso existir a possibilidade da educadora dar continuidade ao projeto com essas crianças que permanecerem no JI quer devido à sua idade, quer devido ao seu nível de maturidade. Constituiu-se assim uma amostra não probabilística, intencional e programada no tempo.

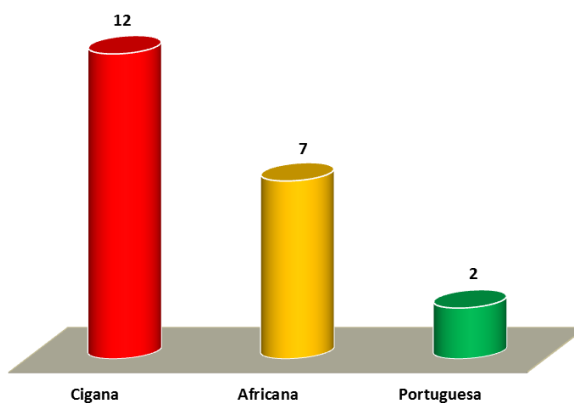
Por forma a proceder à caraterização da amostra, foi aplicado um **questionário de caraterização sociodemográfica** (Apêndice 6) em que foram definidas as seguintes **variáveis** consideradas relevantes: a idade, o género, a cultura, o tipo de família, as habilitações académicas dos EE, o tipo de residência (bairro de realojamento ou outro), situação profissional, beneficiário de Rendimento Social de Inserção (RSI) e beneficiário de proteção familiar. Este questionário foi preenchido através da consulta do processo administrativo das crianças e junto da responsável do JI. Assim, apresentamos de seguida a caraterização da amostra com base nos dados recolhidos através da aplicação dos questionários de caraterização sociodemográfica.

Gráfico 1 – Caraterização da amostra por género e idade (n= 21)



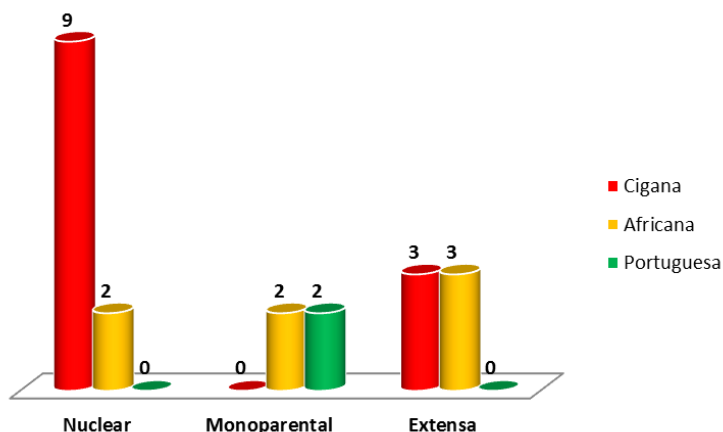
Como referido anteriormente a amostra é constituída por 21 crianças (n=21). No gráfico 1 verifica-se a sua distribuição em termos de idades e género: 12 são de género feminino que representam 57% da amostra e 9 são de género masculino que representam 43% da amostra e cujas idades se encontram compreendidas entre os 4 e os 6 anos. Verifica-se que o grupo mais representativo é o dos 5 anos, com 13 crianças (62%).

Gráfico 2 – Caraterização da amostra por cultura (n= 21)



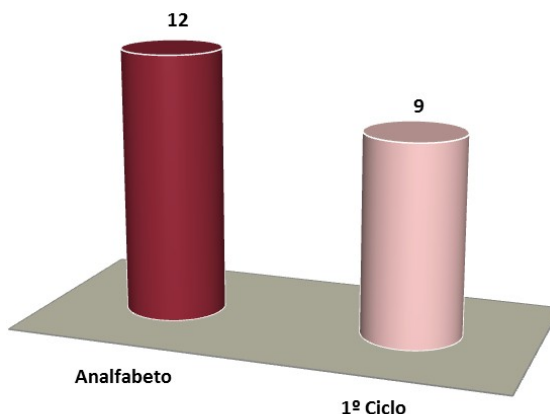
Quanto ao aspeto da caraterização da amostra por cultura, verifica-se no gráfico 2 que a amostra é composta por 12 crianças (57%) de cultura cigana, 7 crianças (33%) de cultura africana e 2 crianças (10%) de cultura “portuguesa”.

Gráfico 3 – Caraterização da amostra por tipo de família e cultura (n= 21)



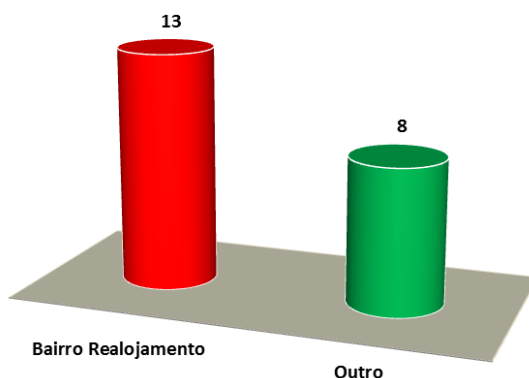
No que respeita ao tipo de família e à cultura, verifica-se que a maioria das crianças (52%) está inserida numa família de tipo nuclear, 6 crianças (29%) numa família de tipo extensa e 4 (19%) numa família de tipo monoparental; verifica-se também que não há nenhuma criança de cultura cigana numa família de tipo monoparental, sendo a representatividade idêntica nas restantes duas culturas (2 crianças de cultura africana e 2 de cultura “portuguesa”) ambas as famílias de tipo monoparental materno.

Gráfico 4 – Caraterização da amostra por habilitações académicas dos EE (n= 21)



No gráfico 4, em termos de **habilitações académicas dos EE**, verificou-se que 57% dos EE (12) eram analfabetos e os restantes 43% (9) detinham a escolaridade básica. É de salientar que a totalidade dos EE de cultura cigana foi identificada como sendo analfabetos pela responsável do JI que os conhece todos.

Gráfico 5 – Caraterização da amostra por tipo de residência (n= 21)



Da mesma forma, no gráfico 5, em termos de **tipo de residência**, verifica-se que a maioria das crianças, 62% vive no bairro de realojamento da Ameixoeira o que corresponde à totalidade das crianças de cultura cigana e uma criança de cultura africana mas que reside com a mãe num centro de acolhimento localizado no bairro.

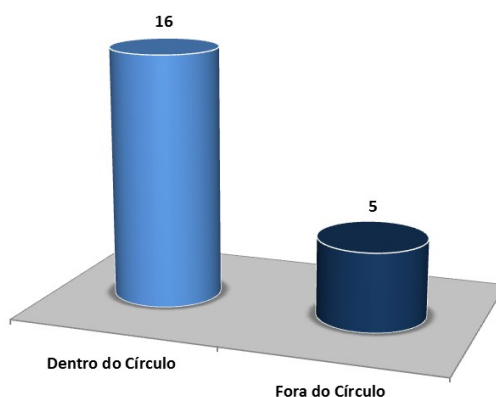
3.2.3. Técnicas e procedimentos de colheita de dados

Foram realizadas **entrevistas a peritos e a informantes qualificados** na área da intervenção comunitária a crianças dessa faixa etária e conhecedores da população envolvida neste trabalho. Assim, foram também efetuadas algumas **reuniões** com a Coordenadora e a Responsável do JI e com a educadora no sentido de se proceder ao estabelecimento de parcerias de atuação, à divulgação e à recolha de *feedback* e de sugestões acerca do projeto de intervenção comunitária. Com o decorrer do processo, os parceiros demonstraram receptividade e motivação em participar, reconhecendo e referindo que a temática do desenvolvimento, na área das competências emocionais, constitui não apenas uma área de interesse mas também uma área prioritária para intervenção. Para não correr o risco de ser considerada uma “intrusa”, foi necessário ganhar a confiança do grupo (não apenas das crianças, mas também dos EE e das profissionais). Para isso, tal como referem Carmo e Ferreira (1998, p. 109), “é recomendável a assunção de um papel que seja simultaneamente claro para a população-alvo – por exemplo que não seja identificável com papéis antipáticos ou temidos – e de utilidade social reconhecida”. Efetuaram-se assim **diversas visitas ao JI** com o intuito, nomeadamente, de promover a interação com as crianças, estabelecer uma relação de confiança com as profissionais, e com os EE bem como conhecer melhor a dinâmica e os recursos do JI. Relativamente à promoção da interação com as crianças, para além da participação nas suas atividades

no JI, foram também **criados momentos de interação individuais** com cada criança para facilitar o contacto. Nesses momentos foi solicitado a cada criança que **desenhasse “a sua casa” e “a sua família” e também que representasse o “Círculo Familiar de Thrower”**. Esta estratégia visava não apenas caraterizar a nossa amostra, conhecer cada criança mas também criar laços com cada uma delas e conhecer a forma como percecionam o ambiente em que vivem.

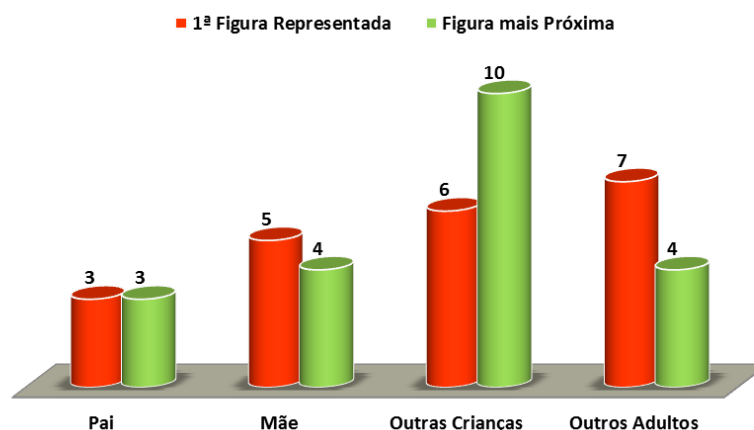
O **Círculo Familiar de Thrower** é, de acordo com Marau (2007), um método de abordagem familiar que permite à criança consciencializar, visualizando, alguns dos seus sentimentos e emoções relacionados com “o seu estar” na família. Optamos por apresentar **uma análise do conjunto dos círculos** representados de seguida sob forma de gráficos e de forma agrupada para nos permitir fazer uma melhor caraterização da amostra.

Gráfico 6 – Posicionamento da criança - Círculo Familiar de Thrower



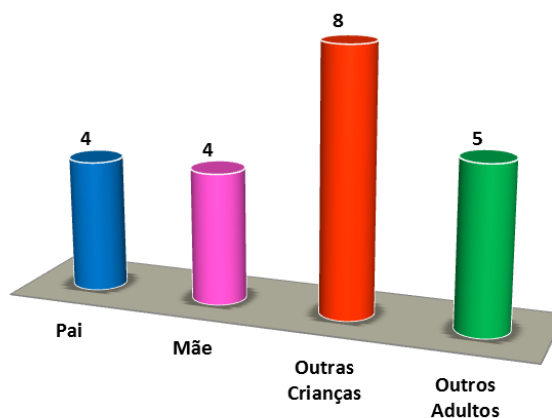
No gráfico 6 podemos observar que 16 crianças (76%) se representaram dentro do Círculo Familiar de Thrower, havendo apenas 5 crianças (24%) que se representaram no exterior. Em termos de cultura, todas se encontram representadas de igual forma sendo interessante salientar no entanto que uma criança representou-se fora do círculo mas colocou no interior igualmente afastados dela os pais. Trata-se de uma criança que vive sozinha com a mãe e, como esta trabalha durante a noite, fica entregue a vizinhos. O pai não vive com ela, no entanto ela não distinguiu nenhum dos dois considerando ambos igualmente afastados dela. Outra criança que se representou fora do círculo, representou-se junto ao pai também ele representado fora do círculo, sendo que todos os restantes membros foram representados no interior do círculo. Este fato é revelador da relação de proximidade que mantém com o pai. As restantes três crianças representaram-se fora do círculo: duas desenharam também toda a família fora do círculo e a outra desenhou-se apenas a ela fora do círculo.

Gráfico 7 – Figura de maior proximidade da criança – Círculo Familiar de Thrower



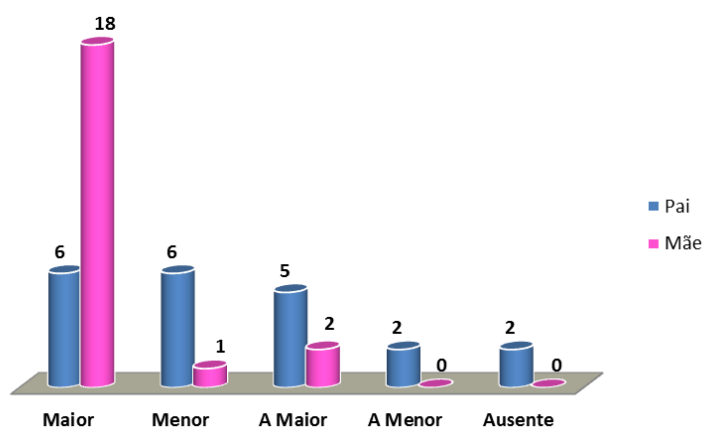
No gráfico 7, podemos ver qual é a figura que a criança representa em primeiro e também qual a figura que a criança representa mais próxima de si. É interessante observar que a **maioria representa mais próximo de si outras crianças** relacionadas com elas ou não por laços de parentesco (irmãos, primos, amigos, vizinhos). Verifica-se também que as três crianças que desenharam o **pai como figura mais próxima delas**, são todas de cultura africana, cujas mães trabalham fora de casa e são sempre acompanhadas pelos pais ao JI. Das cinco crianças que **representaram em primeiro a mãe**, duas são de cultura “portuguesa”, duas de cultura cigana e uma de cultura africana. As mesmas duas crianças de cultura “portuguesa”, e a mesma criança de cultura cigana também representaram a **mãe como figura mais próxima** o que é revelador da relação de proximidade existente entre elas. Quanto às restantes crianças que representaram a mãe como sendo a figura mais próxima, é interessante o fato de ser uma criança de cultura cigana, que foi “abandonada” pela mãe e está a ser criada juntamente com os irmãos, alternadamente, pelos avós maternos e paternos, não tendo assim contacto com a mãe que no entanto representou como a figura mais próxima de si.

Gráfico 8 – Figura mais afastada da criança – Círculo Familiar de Thrower



No gráfico 8, podemos observar de que forma as crianças distribuíram as figuras mais afastadas de si. De entre as que representaram o **pai como sendo a figura mais afastada**, todas são crianças de cultura cigana, cujos pais de três delas se encontram detidos e o pai da outra criança não convive com a mesma por estar separado da mãe. Em relação às crianças que representaram a **mãe como figura mais afastada**, duas são de cultura africana e duas de cultura cigana, não nos tendo sido possível identificar nenhum motivo particular para tal representação.

Gráfico 9 – Tamanho figura dos progenitores vs Tamanho da criança



No gráfico 9 está representado o tamanho da figura dos progenitores da criança em relação ao seu próprio tamanho (maior, menor) e em relação a todas as figuras por ela representadas (a maior, a menor). De referir que duas crianças **não representaram a figura do pai no Círculo Familiar de Thrower**: uma de cultura “portuguesa” porque não mantém qualquer contacto com o pai, a outra de cultura cigana cujo pai se encontrava detido. Quanto ao tamanho dos progenitores, é de salientar o fato da grande maioria das crianças (86%) ter representado a **mãe de tamanho maior do que o seu**, é revelador da importância dessa figura parental para as crianças. A única criança que representou a **mãe de tamanho menor que o seu**, foi uma criança de cultura cigana, cuja relação com o pai é de grande carinho e proximidade (talvez por ser o único filho varão), sendo esta uma das crianças que representou o pai com o maior tamanho. Mais uma vez entre as crianças que representaram a **mãe com o tamanho maior**, encontramos a criança de cultura cigana abandonada pela mãe e criada juntamente com os irmãos pelos avós. Interessante também é observar que as duas crianças que representaram o **pai como sendo a figura menor**, são de cultura cigana, o pai de uma delas encontra-se detido e o outro pai é uma pessoa doente e violenta para com a família, tendo sido representado com o menor tamanho pelo filho.

Procedemos também ao **registo escrito dos seus discursos enquanto desenhavam e foi-lhes solicitado no final que contassem os seus desenhos**. Esses relatos foram analisados e colocados sob forma de quadro para uma melhor compreensão dos mesmos. (Quadro 1)

Quadro 1 – Análise dos relatos das crianças sobre os seus desenhos

Tema	Categoria	Unidades de Registo
Vulnerabilidade	Violência	"Mãe só gosta dos filhos dela, nos outros ela bate." (D17)
		"Não gosto do meu pai porque ele bate-me." (D17)
		"Bate a todos (mãe) porque é a ver se gostam." (D17)
		"A minha mãe bate a todos, ela bate-me." (D17)
		"O meu pai deu-me uma pistola grande para matar polícias." (D2)
	Medos	"No outro dia já era de noite (...) e percebi uma coisa terrível do homem do saco. No sono. Disse ao homem do saco que eu pratiquei dele mas ele disse que eu não pratiquei com ele. Quando eu era bebe eu não sabia quem era o homem. Pode ser um homem lá da rua que pode apanhar as crianças. Não, não é uma pessoa, é um animal!" (D6)
		"Casa assombrada de uma bruxa.". Aqui é casa de uma bruxa, e o menino vai para lá e ela come-o." (D17)
	Autoconceito	Recusou desenhar a sua família: "Eu não tenho família. Não quero fazer porque não tenho. Não quero desenhar porque a minha família é filha do Diabo. Sou muito feia." (D19)
Pobreza	Bairro Realojamento	"Já vi amandarem lixo pelas janelas e cai ao pé das casas." (D5)
		"Janelas que a minha tia partiu. A minha tia partiu as janelas e pôs as janelas aqui." (D17)
	Reclusão	"A mãe tá na prisão. O mano tá sózinho." (D20)
		"Quando o meu pai for para prisão, vou para casa da minha avó. Quando sair da prisão vou outra vez para minha casa. Durmo assim, com umas mantas. Deita assim no chão. Durmo sózinha." (D5)
		"O tio João que está preso porque roubou coisas." (D4)
		"Este é o monstro que come as meninas. Já o vi na rua, é roxo. Tava com o pai. O monstro morreu, foi o pai que matou. Depois veio a Polícia e levou o pai preso. Já saiu da prisão. Já tá em casa." (D20)
Interculturalidade	Preconceito	"O chão da minha casa tem tanto lixo. Quem põe lá o lixo são os ciganos, né?!" (D6)
		"Eles (os ciganos) chamam todos aos gritos." (D6)
		"Eu não brinco cá fora. Só brinco lá dentro porque a minha mãe não me deixa. Porque depois os ciganos vão-me matar. A minha mãe diz que eles (os ciganos) gostam de matar pessoas." (D6)

Realizaram-se também algumas **visitas ao bairro** onde as crianças moram, no sentido de perceberem melhor quais as condições em que residem. Os **registos das condições observadas** são apresentados no Apêndice 7. Nele registamos determinadas situações no bairro e no próprio JI, que nos permitiram identificar alguns fatores condicionantes externos do desenvolvimento de risco e protetores, e também algumas condições promotoras de comportamentos para prevenir ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento. Salienta-se de entre as observações que realizamos, um comentário de uma auxiliar a trabalhar há 30 anos junto desta população que identifica como problema maior do bairro o seguinte: – “O **pior** que acontece aqui **é que eles convencem-se que são burros** e isto nada muda. - *Quem é que os convence?* - Eles próprios, dos pais para os filhos. Convencem-se que são mais burros que os outros e que a escola não é para eles!”

Outro instrumento de recolha de dados utilizado foi o **Questionário de Capacidades e Dificuldades** (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, de Goodman, 1997, 2001). O *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) foi o instrumento escolhido por se encontrar traduzido e aferido para a população portuguesa e existirem alguns estudos para a população pré-escolar portuguesa. O Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ_Por; Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2004) é a versão portuguesa do SDQ dirigido a crianças dos 4 aos 16 anos para deteção de eventuais problemas emocionais e/ou do comportamento. Este questionário existe em três versões idênticas ou com pequenas diferenças: uma versão para os pais (P), outra para os professores (Pr) (3-4anos e 4-16 anos) e uma de auto-relato, para os jovens entre os 11 e os 16 anos.

No âmbito deste estudo utilizou-se a versão do questionário para pais (4-16 anos) (Anexo 1) e a versão para professores (4-16 anos) (Anexo 2), em virtude das crianças da amostra se encontrarem na faixa etária entre 4 e 6 anos de idade. A escolha deste questionário prendeu-se com o fato de ser um questionário de aplicação e preenchimento rápidos (cerca de 5 minutos), mas também com o fato de estar elaborado para pais que possuam um baixo nível de instrução e estar redigido numa linguagem acessível. (Silva, 2008) Em termos de vantagens, assinalamos também o fato de ter um formato único e curto o que permite a comparação das perspetivas dos informadores, pais e professores. (Goodman, 1997)

O questionário é constituído por 25 itens (15 afirmações pela negativa e 10 pela positiva) agrupados em 5 escalas de 5 itens cada, nomeadamente: Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperactividade-Défice de Atenção, Problemas de Relacionamento com os Colegas e Comportamento Pró-Social (Goodman, 1997, 2001). Cada item é cotado numa escala de tipo *Likert* com 3 níveis de 0 a 2 (“Não é verdade”, “É um pouco verdade” e “É muito verdade”). O resultado total de cada escala

corresponde ao somatório dos valores dos 5 itens da respetiva escala. Quanto ao Total das Dificuldades, este resultado obtém-se somando os valores das seguintes escalas: Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperactividade e Problemas de Relacionamento com os Outros. Os resultados podem ser de seguida classificados de acordo com o autor como “normais”, “límitrofes” e “anormais”, tendo por base os valores standardizados. O questionário SDQ é ainda composto por um Suplemento de Impacto dirigido aos pais e professores, cujo intuito é a recolha de informação adicional sobre as limitações no funcionamento e sobre o impacto que os problemas de comportamento têm nos outros (Goodman, 1997, 2001).

Também existe uma versão do SDQ com questões adicionais para avaliar a eficácia da intervenção. Contudo esta versão ainda não se encontra disponível para a população portuguesa.

Foram respeitados os procedimentos éticos tendo sido solicitada autorização por correio eletrónico, para utilização do questionário, a uma das tradutoras do SDQ_Por, Professora Doutora Maria Filomena Gaspar, tendo a mesma informado que “o autor do questionário (Goodman) entendeu que todas as versões são de uso livre”. (Apêndice 8)

O questionário foi submetido à apreciação de uma perita, a Coordenadora do JI e, dessa apreciação resultou a sugestão, aquando da aplicação de se esclarecer alguns termos, no sentido de adequar a linguagem à população a que se destina. Foi também sugerido, devido ao baixo nível de escolaridade dos EE que a aplicação dos questionários fosse realizada sob forma de entrevista individual. Os SDQ_Por, foram assim aplicados pessoalmente e individualmente pela investigadora, junto de cada EE e foram entregues pessoalmente à educadora que os preencheu e devolveu na data previamente definida. Assim, nos dias 03 e 04 de Novembro de 2011, quando os EE vinham entregar ou buscar os seus educandos no JI a educadora, ou outra funcionária do JI, responsável por receber ou entregar as crianças solicitava a sua colaboração e encaminhava-os para a Sala de Pessoal. Foram prestados esclarecimentos quanto à natureza do trabalho bem como a sua utilização para uso exclusivamente académico e científico e foi solicitada a colaboração dos EE através da assinatura do Protocolo de Consentimento Informado que incluía também a autorização para preenchimento do questionário pela educadora sobre os seus educandos (Apêndice 5). Após a autorização dada, foi aplicado oralmente pela investigadora, pelo processo de administração indireta, o questionário de capacidades e dificuldades (SDQ_Por) enfatizando a importância de fornecerem respostas verdadeiras, garantindo o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

3.2.4- Tratamento e análise dos dados obtidos

Após a recolha de dados através do questionário sociodemográfico e dos SDQ_Por, procedeu-se à introdução destes no programa de tratamento estatístico SPSS, versão 19.0 e, após uma análise descritiva dos dados, procedeu-se à utilização da metodologia estatística não paramétrica, dado que as suposições para a utilização de um teste paramétrico não se verificaram, na medida em que a amostra é de pequena dimensão ($n=21$). Deste modo os resultados obtidos devem ser interpretados com precaução, porque só podem ser confirmados futuramente, com uma amostra mais alargada. A técnica não paramétrica utilizada foi o teste de correlação de Spearman. A análise dos resultados do teste foi realizada tendo em conta o nível de significância de 0,05. Para a análise das variáveis, recorreu-se à estatística descritiva e diferencial, com o objetivo de identificar possíveis diferenças entre grupos e prováveis relações entre as diversas variáveis. Com o objetivo de conhecer a proporção de crianças com ou sem perturbações, procedeu-se ao cálculo para ambas as versões, das frequências dos valores “normais”, “límitrofes” e “anormais” para a escala Total das Dificuldades e para as sub-escalas do SDQ.

Tabela 1 - Frequências Relativas com casos válidos para SDQ, versão pais

Pontuações do SDQ	Normal (%)	Límitrofes (%)	Anormais (%)	Total (%)
Total das Dificuldades	66,7	4,8	28,5	100
Sintomas Emocionais	57,1	9,6	33,3	100
Problemas de Comportamento	76,2	9,5	14,3	100
Hiperactividade	52,4	14,3	33,3	100
Problemas de Relacionamento com os colegas	76,2	4,8	19	100
Comportamento Pró-Social	52,4	47,6	0	100

De acordo com a tabela 1, verifica-se que, na avaliação efetuada pelos EE, a maioria das crianças tem valores “normais” na escala Total das Dificuldades e nas sub-escalas de Problemas de Comportamento e Problemas de Relacionamento com os Colegas (entre 66,7 e 76,2%).

Também nas sub-escalas Sintomas Emocionais, Hiperactividade e Comportamento pró-Social, a maioria das crianças apresenta valores “normais” embora mais baixos (entre 52,4 e 57,1%).

É nas sub-escalas Sintomas Emocionais e Hiperactividade que as crianças apresentam as maiores percentagens de valores “anormais” (ambas com 33,3%) e os valores “límitrofes” mais elevados (respectivamente 9,6% e 14,3%).

Tabela 2 - Frequências Relativas com casos válidos para SDQ, versão professores

Pontuações do SDQ	Normal (%)	Limitrofes (%)	Anormais (%)	Total (%)
Total das Dificuldades	100	0	0	100
Sintomas Emocionais	85,7	14,3	0	100
Problemas de Comportamento	95,2	4,8	0	100
Hiperactividade	100	0	0	100
Problemas de Relacionamento com os colegas	100	0	0	100
Comportamento Pró-Social	95,2	4,8	0	100

De acordo com a tabela 2, verifica-se na avaliação efetuada pela educadora que a grande maioria das crianças apresenta valores “normais”, chegando aos 100% na escala Total das Dificuldades e nas sub-escalas Hiperactividade e Problemas de relacionamento com os Colegas. É na sub-escala Sintomas Emocionais que se encontra a percentagem mais elevada de crianças com valores “limitrofes”. Este fato, de acordo com a entrevista que efetuamos à Professora Doutora Maria Filomena Gaspar, no sentido de esclarecer alguns pontos, poderá estar relacionado com as expectativas que a educadora tem relativamente às capacidades e dificuldades das crianças. Com o objetivo de conhecer a existência de relações entre os valores das diferentes sub-escalas do SDQ, aplicou-se o teste de correlação de *Spearman*, avaliando assim a existência de correlações, em ambas as versões.

Tabela 3 – Teste de correlação de *Spearman* entre as sub-escalas do SDQ

SDQ		Pais	Professores
Sintomas Emocionais - Problemas de Comportamento	Coefficiente de Correlação	,548*	0,091
	Sig. (2-tailed)	0,01	0,695
	N	21	21
Sintomas Emocionais - Hiperactividade	Coefficiente de Correlação	,560**	0,061
	Sig. (2-tailed)	0,008	0,793
	N	21	21
Sintomas Emocionais - Problemas de Relacionamento com Colegas	Coefficiente de Correlação	0,242	0,172
	Sig. (2-tailed)	0,29	0,457
	N	21	21
Sintomas Emocionais - Comportamento Pró-Social	Coefficiente de Correlação	-0,313	,465*
	Sig. (2-tailed)	0,167	0,034
	N	21	21
Problemas de Comportamento - Hiperactividade	Coefficiente de Correlação	,606**	,457*
	Sig. (2-tailed)	0,004	0,037
	N	21	21
Problemas de Comportamento - Problemas de Relacionamento com Colegas	Coefficiente de Correlação	0,39	0,188
	Sig. (2-tailed)	0,08	0,414
	N	21	21
Problemas de Comportamento - Comportamento Pró-Social	Coefficiente de Correlação	-0,203	-0,248
	Sig. (2-tailed)	0,377	0,279
	N	21	21
Hiperactividade - Problemas de Relacionamento com Colegas	Coefficiente de Correlação	0,202	0,176
	Sig. (2-tailed)	0,38	0,445
	N	21	21
Hiperactividade - Comportamento Pró-Social	Coefficiente de Correlação	-0,075	-0,016
	Sig. (2-tailed)	0,746	0,947
	N	21	21
Problemas de Relacionamento com Colegas - Comportamento Pró-Social	Coefficiente de Correlação	-,463*	-0,163
	Sig. (2-tailed)	0,035	0,479
	N	21	21

* = Diferenças significativas para $p < 0,05$;

** = Diferenças significativas para $p < 0,01$.

Verificamos através da análise da tabela 3, a existência de correlação estatisticamente significativa entre Sintomas Emocionais – Problemas de Comportamento, entre Sintomas Emocionais – Hiperactividade, e entre Problemas de Comportamento- Hiperactividade para a versão pais, e entre Sintomas Emocionais – Comportamento pró-Social para a versão professores.

Em todas as dimensões da escala, o único ponto em que existe uma associação em ambas as versões, é entre os Problemas de Comportamento – Hiperactividade. Verificou-se ainda uma correlação estatisticamente significativa mas que varia de uma forma inversa entre Problemas de Relacionamento com Colegas – Comportamento Pró-Social no SDQ_Pais. Esta correlação significa que quando existem problemas de relacionamento com os colegas, o comportamento não é pró-social, e, quando o comportamento é pró-social não se verificam problemas de relacionamento com os colegas.

Na matriz de correlações momento de produto entre as avaliações dos pais (P) e as avaliações da educadora (Pr) (Apêndice 9), verificou-se ainda que não existe nenhuma associação estatisticamente significativa.

De acordo com Achenbach & McConaughy (1987), esta situação poderá refletir as diferenças de comportamento da criança de acordo com o contexto e os parceiros de interação.

Da análise dos questionários, a presença de valores “anormais” elevados nas sub-escalas Sintomas Emocionais e Hiperactividade (ambas com 33,3%) na avaliação dos pais e da maior percentagem de valores “límitrofes” na sub-escala Sintomas Emocionais (14,3%) na avaliação da educadora indica que as crianças apresentam mais dificuldades na área das emoções.

Pela análise dos resultados no SDQ, verifica-se que a maioria das crianças apresentam valores “normais”, isto é, a maioria das crianças não apresenta perturbações emocionais nem comportamentais.

Constata-se também que existe uma tendência para os pais avaliarem os filhos mais negativamente do que a educadora em todas as escalas. Segundo Silva (2008), esta situação poderá estar relacionada com o fato de os pais serem menos tolerantes e que essa menor tolerância poderá dever-se ao fato destes terem menos termos de comparação que a educadora. Para Bolsoni-Silva, Marturano, Pereira e Manfrinato (2006), esta situação poderá também dever-se ao fato das crianças se controlarem mais e serem mais cooperantes na escola do que em casa.

A análise individual das sub-escalas mostra que a frequência relativa mais baixa de crianças com valores “normais” verificou-se em ambas as versões nas sub-escalas Sintomas Emocionais e Comportamento Pró-Social.

Vários autores, nomeadamente Speakman, Herman e Vogel (1993) associam a frequência relativa mais baixa de valores normais na sub-escala de Sintomas Emocionais ao fato das crianças apresentarem um défice na sua autoestima. De salientar também que de acordo com Bolsoni-Silva, Marturano, Pereira e Manfrinato (2006), o fato da frequência relativa da sub-escala Problemas de Comportamento, ser das mais elevadas dentro dos valores “normais” poderá revelar-se um fator positivo na aprendizagem e desenvolvimento das crianças.

E o fato de, em ambas as versões da sub-escala de Sintomas Emocionais, se verificar que as frequências relativas do resultado “limítrofes” e “anormais” são elevadas indica, segundo Silva (2008) que é provável que os seus EE não tenham práticas educativas adequadas nem cuidados parentais positivos.

Vale (2009) refere que ao ajudar a criança a desenvolver competências emocionais, a expressar os seus sentimentos, ajudamo-la a ter relações mais positivas com os outros e, dessa forma, a construir uma boa autoestima.

Esta nossa intervenção desenvolveu-se no âmbito da prevenção primária, com base no modelo conceptual de Orem (1985, p. 225) que refere que efetuar o diagnóstico de uma determinada situação “consiste num processo de investigação que permite aos enfermeiros efetuarem juízos sobre determinada situação de saúde e tomar decisões sobre o que deve e sobre o que pode ser feito⁹”.

Orem (1985) defende que o autocuidado é necessário e o enfermeiro pode ser agente deste ato quando o cliente, neste caso as crianças, não podem realizá-lo ou não têm os conhecimentos necessários para o realizar. Efetuada a análise e o tratamento de dados, e de acordo com o Modelo de Dorothea Orem – Teoria do Déficit do AutoCuidado, encontram-se reunidas as condições necessárias para a elaboração dos seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Déficit do Autocuidado, na dimensão das competências emocionais/autoestima das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira;
- Déficit do Autocuidado, na dimensão da hiperatividade das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira;
- Déficit do Autocuidado, na dimensão de competências comportamentais das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira.

⁹ Tradução da autora

3.3. Determinação de prioridades

Nesta fase deve proceder-se à hierarquização dos problemas; isto é determinar qual é o problema que se deve solucionar em primeiro lugar. Durán (1989) afirma que um plano tem limitações não apenas relacionadas com o prazo para a sua realização, mas também com os recursos envolvidos para solucionar os problemas que aborda, daí a necessidade de priorizar os problemas identificados. O método de priorização que utilizamos foi o “método de peritos” e utilizamos como referencial a classificação de Benner (1984) que define cinco níveis de competências em enfermagem: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Foi com base na sua classificação, e nomeadamente nas características que apresentava para definir o perfil de perito que foi constituído o grupo de peritos.

De acordo com Benner (2001), a enfermeira perita tem uma vasta experiência e compreende de maneira intuitiva cada situação, apreendendo diretamente o problema e agindo a partir de uma compreensão profunda da situação global. Assim, e com base nas características definidas por Benner (2001), o grupo de peritos foi constituído pela enfermeira coordenadora de enfermagem da UCSP do Lumiar e pela enfermeira responsável pelo estágio, ambas com uma vasta experiência e com uma compreensão profunda da situação global da população envolvida neste projeto, ambas detentoras de um domínio clínico e de uma prática que se baseiam na investigação, detentoras de um *know-how* incorporado, capazes de ver a situação no seu todo e também o inesperado.

Recorremos à grelha de análise de Pineault e Daveluy (1986, *in* Tavares, 1990) (Anexo 3) que permite ordenar problemas através da aplicação dos seguintes critérios: importância do problema, relação entre o problema e os fatores de risco, capacidade técnica de intervir e exequibilidade do projeto ou da intervenção. De acordo com Tavares (1990), atribui-se nesta grelha, aos critérios acima referidos, e de forma sequencial uma classificação de (+) ou (-). Por fim, obtêm-se os valores já previamente inscritos na própria grelha, sendo que, quanto menor for o número final obtido na “recomendação”, maior é a prioridade e sendo o valor 1 correspondente à prioridade máxima. O grupo de peritos foi submetido à grelha de análise e no quadro 2 encontra-se representada a determinação de prioridades relativa aos problemas identificados.

Quadro 2 – Priorização dos problemas segundo a Grelha de Análise de Pineault e Daveluy

Problemas	Critérios	Recomendações	
Défice do Autocuidado, na dimensão das competências emocionais/autoestima das crianças	- Importância do problema - Relação problema/fatores de risco - Capacidade técnica de intervir - Exequibilidade	+	1
Défice do Autocuidado, na dimensão da hiperatividade das crianças	- Importância do problema - Relação problema/fatores de risco - Capacidade técnica de intervir - Exequibilidade	+	4
Défice do Autocuidado, na dimensão de competências comportamentais das crianças	- Importância do problema - Relação problema/fatores de risco - Capacidade técnica de intervir - Exequibilidade	+	4

No critério “importância do problema” consideraram-se os resultados obtidos na colheita de dados, pela representatividade de cada um dos dados obtidos. No critério “relação do problema com os fatores de risco” baseamo-nos na bibliografia consultada sobre os fatores de risco associados a cada um dos problemas. Na “capacidade técnica de resolução do problema” e “exequibilidade do projeto” teve-se em consideração o tempo de realização do estágio e os recursos disponíveis para implementação das intervenções de resolução. Atribuiu-se a mesma classificação aos três problemas que são os que se expressaram com maior relevância no tratamento dos dados. Os critérios que fizeram a diferença foram a “capacidade técnica para intervir” e a “exequibilidade”. Considerou-se existir menor capacidade técnica de intervir no “défice do autocuidado, na dimensão da hiperatividade das crianças”, bem como no “défice do autocuidado, na dimensão de competências comportamentais”, devido à duração do tempo de estágio e ao fato de existir uma psicóloga e Consulta de Psicologia regular na UCSP do Lumiar.

Assim, após a aplicação da técnica de priorização dos problemas – *Grelha de Análise* – concluiu-se que o problema prioritário na nossa amostra, neste contexto de estágio e período de tempo atribuído era: “Défice do autocuidado na dimensão das competências emocionais/autoestima das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira” obtendo uma pontuação de 1, valor que corresponde à prioridade máxima.

3.4- Fixação de objetivos

Durán (1989, p. 114) determina que, uma vez identificados os problemas de saúde, devem fixar-se os objetivos de redução desses problemas dentro dos prazos do plano e entende por objetivo o que “se

deseja alcançar de um modo concreto, no tempo e no espaço e envolve a definição concreta do esforço e dos meios necessários para o alcançar”. Segundo o Modelo de Orem (1985), os requisitos de autocuidado do desenvolvimento são relevantes para a formação inicial das características humanas (estruturais, funcionais e comportamentais) e expressam os seguintes objetivos: providenciar condições e promover comportamentos que irão prevenir a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento e providenciar condições e experiências que minimizem ou superem os efeitos nocivos no desenvolvimento. Dessa forma, dar apoio às crianças em termos de educação é, de acordo com Orem (1985), uma forma de promover comportamentos seguros, e contribuir para a aquisição de novos conhecimentos que contribuam para o seu desenvolvimento, a sua saúde e o seu bem-estar. Nesse sentido definimos os seguintes objetivos para a nossa intervenção:

Objetivo geral 1:

Avaliar o desenvolvimento das competências emocionais das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira.

Objetivos específicos 1:

- Avaliar as competências emocionais, em termos de capacidades e dificuldades, das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira;
- Identificar o nível de défice de autocuidado nas competências emocionais, na dimensão da autoestima, das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira.

Objetivo geral 2:

Promover o desenvolvimento de competências emocionais saudáveis relacionadas com o autocuidado na dimensão da autoestima, nas crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira.

Objetivos específicos 2:

- Promover a capacidade de identificar emoções e sentimentos das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira;
- Promover a autoestima positiva das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira, para que aprendam a gostar de si próprias e a valorizarem-se pelos resultados positivos que alcançam.

Uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária consiste na promoção da capacitação de grupos ou comunidades, através da implementação de projetos de saúde. Neste

projeto, a intervenção comunitária teve como finalidade promover a aquisição de competências emocionais pelas crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira, através da sua participação em atividades que visam capacitar para o autocuidado na dimensão das competências emocionais/autoestima.

3.5. Seleção de estratégias

De acordo com Stanhope e Lancaster (2011, p. 208), “a educação para a saúde comunica factos, ideias e capacidades que modificam o conhecimento, as atitudes, os valores, as crenças, os comportamentos e as práticas dos indivíduos, famílias, sistemas e/ou comunidades”. Compete assim ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, a capacitação através de estratégias de promoção de saúde apropriadas. Neste projeto para a seleção de estratégias, recorremos à Teoria do Déficit do AutoCuidado do Modelo de Orem (1985). Seleccionamos como estratégia a promoção da saúde, uma abordagem em grupo durante o tempo do projeto pretendendo-se promover as competências emocionais das crianças, na dimensão da autoestima. Segundo Orem (1985, p. 192) o papel do enfermeiro em contexto de prevenção primária consiste, em “ajudar os pacientes com vista à manutenção e promoção da sua saúde e prevenção de doença com consciência do papel essencial do paciente ou de um adulto responsável nessa prestação contínua de cuidados de saúde¹⁰”.

A elaboração deste projeto de intervenção comunitária implicou um grande investimento pessoal e profissional. Nesta fase, e de acordo com Durán (1989, p. 104-5), “a adequada combinação de actividades e a forma como vão executar-se para produzir o efeito óptimo é a estratégia que permite, por seu turno, o cumprimento dos objectivos”. Assim, a escolha de estratégias de intervenção baseou-se na pesquisa bibliográfica efetuada e no acompanhamento por peritos na área da enfermagem comunitária. Foram adquiridos vários guias teóricos e práticos da *Collection ESTIME DE SOI* editado pelo *Hôpital Sainte-Justine, Le centre hospitalier mère-enfant (Canada)*. Esta coleção foi elaborada com base no preceito que a autoestima constitui um dos principais fatores de desenvolvimento humano. A autoestima é a certeza interior do nosso próprio valor, a consciência de sermos um indivíduo único, com forças e limitações. De acordo com Duclos e Bertrand (1997), para uma criança pequena, ter uma autoestima elevada consiste, em estar **bem no seu corpo**, ter o sentimento profundo **de ser amável** e em ter a convicção de **ser capaz**. Ao elegermos a autoestima como processo privilegiado de desenvolvimento das crianças, acreditamos nas suas capacidades, no seu futuro e

¹⁰ Tradução da autora

apostamos nas suas capacidades convictos que esta é a estratégia mais adequada para se garantir o seu bem-estar e prevenir dificuldades.

3.6. Elaboração de programas e projetos

Segundo Durán (1989), o plano descrito até agora contém as diretrizes para a ação em função dos objetivos. Surge então nesta fase, a necessidade de precisar a natureza e quantidade das atividades que permitirão o cumprimento dos objetivos definidos. Assim Durán (1989, p. 105-6) refere que, “para a sua execução, o plano deve ser desdobrado em programas que, por definição, constituem a linha de orientação pormenorizada. O programa tem o seu centro de acção nas actividades, nos recursos e nos custos”. O projeto para Durán (1989, p. 107-8) “consiste no desenho detalhado de uma proposta que vai ser executada, mas também à sua realização, até que a proposta esteja cumprida (...) cumprido o seu objectivo”. Devido à nossa limitação em termos do tempo apenas elaboramos um projeto inserido na UCSP do Lumiar, desenvolvido, no âmbito da intervenção comunitária da Unidade Móvel, junto de uma população vulnerável, do JI da ONPC da Ameixoeira e denominado “**A Minha Semana**”, tendo como instrumento a metodologia do guia “*Quand les tout-petits apprennent à s’estimer...*” de Duclos e Bertrand (1997). Esse guia, da *Collection ESTIME DE SOI* pretende, ao promover a autoestima, estimular as crianças e prevenir os problemas de comportamento bem como as dificuldades de aprendizagem. De acordo com Duclos (1997), várias pesquisas demonstraram que a autoestima é o principal fator na prevenção dessas dificuldades e que, quanto mais precoces forem as intervenções, menores são os riscos das crianças desenvolverem dificuldades de adaptação e de aprendizagem. Em termos de atividade, foi apresentado o projeto no JI à educadora e à responsável do JI (Apêndice 10) e foi também feita uma sessão informativa sobre o projeto na UCSP do Lumiar para os profissionais do ACES e da UCSP (Apêndice 11). Elaboramos o cronograma das atividades de intervenção (Apêndice 12). As intervenções com crianças foram assim constituídas por cinco sessões temáticas distintas. Em termos de estrutura, as sessões foram constituídas por uma introdução através de uma história que era contada às crianças em que se promoveu o aprofundamento e reflexão sobre os conceitos visados através da partilha de experiências entre as crianças. Seguidamente explicava-se os objetivos da atividade que pretendia completar a sessão sempre com a preocupação de a tornar lúdica de forma a ser mais facilmente interiorizada pelas crianças. Estas realizavam a atividade pretendida recebendo sempre perante o grupo um reforço positivo por parte da educadora e da

mestranda aquando da sua finalização. No final de cada sessão procedeu-se à avaliação qualitativa das atividades através de uma pergunta dirigida às crianças sobre o tema da atividade. (Apêndice 13)

Foi sempre também aplicado um questionário de satisfação às crianças com três faces, em que lhes era solicitado que assinalassem aquela que correspondia ao que sentiam quanto à atividade realizada. (Apêndice 14)

De acordo com a experiência e o conhecimento do grupo por parte da educadora, as sessões foram planeadas ao longo de uma semana, sempre no período da manhã sendo esta a altura em que as crianças se encontravam mais disponíveis para este tipo de atividades. Decorreram sempre na sala de aulas das crianças por este ser o seu local conhecido e onde se sentiam mais à vontade.

Foi também realizada uma sessão de educação para a saúde dirigida aos EE no sentido de os capacitar para desenvolver atitudes promotoras de uma autoestima positiva nos seus educandos (Apêndice 15).

Foi aplicado o mesmo questionário de satisfação aos EE que às crianças (Apêndice 14).

Optamos por, no sentido de garantir a presença do maior número de crianças ao longo da semana, informar os EE que seriam tiradas fotografias aos seus educandos no decorrer destas atividades e que estas lhes seriam posteriormente entregues. Foi também entregue a cada criança, retirado do “Livro de diplomas para a promoção da auto-estima” de Moreira (2004), o diploma “Sou Único e Especial.” (Anexo 4)

E finalmente, ainda com vista à promoção da autoestima das crianças, proporcionamos-lhes uma experiência que favoreceu as relações interpessoais e a partilha de experiências e sentimentos: um Passeio ao Jardim Zoológico de Lisboa.

3.7. Preparação operacional

Com base no diagnóstico de enfermagem definido com base no Modelo de Orem, nomeadamente “Défice do Autocuidado, na dimensão das competências emocionais/autoestima das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira,” consideramos, em termos de execução de estratégias referidas anteriormente, a promoção da saúde, no âmbito da prevenção primária, como sendo a que contribuiria para capacitar as crianças. As intervenções de enfermagem devem centrar-se na ajuda a populações vulneráveis no sentido destas adquirirem os recursos necessários para uma melhor saúde e para a redução dos fatores de risco. De acordo com Stanhope e Lancaster (2011, p. 754), “os enfermeiros devem centrar-se sobretudo, na alteração dos precursores sociais, económicos e

ambientais dos problemas de saúde, e devem funcionar, para as populações vulneráveis, como advogados da mudança da comunidade”.

Em termos de intervenções de enfermagem, estes autores identificam a educação para a saúde como fundamental no trabalho com populações vulneráveis. Na fase de operacionalização com as crianças, recorreu-se a atividades imaginativas porque representam formas de autoexpressão e de aprendizagem. Segundo Piaget (1969), a comunicação verbal nas crianças de 4-6 anos ainda é muito egocêntrica e é frequente explorar e compreender o pensamento das crianças através de condutas não verbais. Nesta fase do desenvolvimento infantil, a via principal de aprendizagem é a visual e psicomotora e os comportamentos moldam-se por meio de reforços positivos (Redman, 2003). Como atrás referimos, todas as intervenções com crianças foram programadas em parceria e com a colaboração da educadora. Todo o material necessário para o desenvolvimento das mesmas foi providenciado pelo JI (cartolinas, lápis, tesoura, cola). Contudo, o material didático que necessitava ser impresso e os dois espelhos foram fornecidos pela mestrandia.

Para permitir uma melhor organização e compreensão da execução, elaboramos um plano de intervenção comunitária (Apêndice 16) e descrevemos as várias atividades desenvolvidas sob forma de tabela (Apêndice 17). As atividades que constam do plano resultaram dos objetivos formulados e das estratégias programadas, e foram validadas junto da enfermeira responsável pelo estágio. Importa também salientar que, para tornar possível a atividade “Passeio ao Jardim Zoológico de Lisboa”, foi necessário mobilizar os recursos disponíveis, pedindo a colaboração e apoio da Junta de Freguesia da Ameixoeira que disponibilizou uma carrinha para transportar as crianças. Em termos financeiros, foi necessário angariar dinheiro para pagar a entrada das crianças no Jardim Zoológico dado que os EE não tinham possibilidades económicas. Dado que os parceiros também não tinham disponibilidade financeira para tal projeto, optou-se por angariar fundos junto de profissionais de um hospital privado de Lisboa. Conseguiu-se a totalidade do valor (160€) para as inscrições das crianças que participaram neste projeto. Tendo a carrinha disponibilizada pela Junta de Freguesia da Ameixoeira, capacidade para 40 crianças, optamos por incluir também nesta atividade as crianças mais pequenas do JI e conseguiu-se, mobilizando novamente a solidariedade dos profissionais do mesmo hospital privado de Lisboa, o restante do valor para as suas inscrições (152€), perfazendo assim um total de 352€. Em apêndice colocamos as fotografias das várias atividades realizadas com as crianças (Apêndice 18).

3.8. Avaliação

A avaliação corresponde à medição da eficácia das intervenções em função dos objetivos alcançados. Nesse sentido, Durán (1989, p. 108) refere que “o controlo da execução das acções e a sua avaliação constituem um processo contínuo (...) é uma verificação qualitativa e quantitativa, das acções executadas, recorrendo ao uso de indicadores e de critérios sobre a realidade actual e das acções (...) já executadas”. De seguida, nas tabelas abaixo apresentamos os **indicadores de processo**, tendo por base as atividades realizadas com as crianças, assim como o resultado do questionário sobre a satisfação das crianças e dos EE que participaram nas atividades.

Tabela 4 - Avaliação da percentagem de crianças que participaram nas atividades “A minha semana” e “Entrega do Diploma”

Indicador de Processo	
Nome	% de participação da amostra nas atividades desenvolvidas;
Numerador	$\frac{\text{nº de participantes em cada uma das atividades (18)}}{\text{nº de crianças da amostra (21)}} \times 100$
Denominador	
Resultado	Permite determinar a percentagem de crianças que constituem a amostra que participaram nas atividades (86%)

Conhecendo a elevada taxa de absentismo das crianças ao JI, consideramos que a percentagem de 86% na participação de todas as atividades demonstra o interesse demonstrado pelos EE que trouxeram os seus educandos ao JI.

Tabela 5 - Avaliação da percentagem de crianças que participaram na atividade “Passeio ao Zoo”

Indicador de Processo	
Nome	% de participação da amostra na atividade "Passeio ao Zoo"
Numerador	$\frac{\text{nº de participantes na atividade (20)}}{\text{nº de crianças da amostra (21)}} \times 100$
Denominador	
Resultado	Permite determinar a percentagem de crianças que constituem a amostra que participaram na atividade (95%)

A percentagem de 95% na participação na atividade Passeio ao Jardim Zoológico de Lisboa foi muito satisfatória: apenas uma criança não compareceu no JI no dia do passeio por receio da mãe que lhe acontecesse algo.

Tabela 6 - Avaliação da percentagem de EE que participaram na sessão de EpS

Indicador de Processo	
Nome	% de participação dos EE na sessão de EpS
Numerador	$\frac{\text{nº de participantes na atividade (14)}}{\text{nº de crianças da amostra (21)}} \times 100$
Denominador	
Resultado	Permite determinar a percentagem de EE que constituem a amostra que participaram na atividade (67%)

A percentagem de 67% na participação dos EE na atividade demonstra o interesse demonstrado pelos EE pelo tema desenvolvido porque a percentagem é ainda bastante positiva quando comparada com indicadores semelhantes com outro tipo de populações a este tipo de iniciativa. O fato de termos informado que nessa sessão de EpS seriam entregues as fotografias dos seus educandos poderá ter contribuído de forma decisiva na sua adesão.

Tabela 7 - Avaliação da percentagem de satisfação de EE na sessão de EpS

Indicador de Processo	
Nome	% de satisfação dos EE na sessão de EpS
Numerador	$\frac{\text{nº de EE que classificam atividade no grau "Muito Satisfeito" (14)}}{\text{nº de participantes na atividade (14)}} \times 100$
Denominador	
Resultado	Permite determinar a percentagem de EE que avaliaram satisfatoriamente a atividade (100%)

Também este indicador é muito satisfatório e revelador do apreço dos EE pelo tema desta intervenção, uma vez que 100% revelou ter ficado muito satisfeito com a sessão.

Tabela 8 - Avaliação da percentagem de satisfação das crianças nas atividades desenvolvidas

Indicador de Processo	
Nome	% de satisfação das crianças com as atividades desenvolvidas
Numerador	$\frac{\text{nº de crianças que classificam atividades no grau "Muito Satisfeito" (18)}}{\text{nº de participantes no total das atividades (18)}} \times 100$
Denominador	
Resultado	Permite determinar a percentagem de crianças que avaliaram satisfatoriamente as atividades desenvolvidas (100%)

A avaliação da satisfação das crianças nas várias atividades (100%) mostrou que se deverá dar continuidade a este tipo de intervenções, promovendo assim a aquisição de competências pelas crianças que contribuem para o aumento da sua autoestima.

Tabela 9 - Avaliação da percentagem de satisfação dos participantes na atividade “Passeio ao Zoo”

Indicador de Processo	
Nome	% de satisfação das crianças com a atividade "Passeio ao Zoo"
Numerador	$\frac{\text{nº de crianças que classificam atividades no grau "Muito Satisfeito" (20)}}{\text{nº de participantes no total das atividades (20)}} \times 100$
Denominador	
Resultado	Permite determinar a percentagem de crianças que avaliaram satisfatoriamente a atividade "Passeio ao Zoo" (100%)

Da mesma forma o resultado obtido quanto à satisfação com a atividade “Passeio ao Jardim Zoológico de Lisboa” (100%) veio reforçar a nossa convicção de que, com estas atividades, se podem alcançar resultados muito benéficos. Aliás, uma avaliação de carácter subjetivo permite-nos afirmar que a atividade “Passeio ao Jardim Zoológico de Lisboa” teve um impacto, não apenas nas crianças mas também nos seus EE e na própria comunidade.

Foi grandioso pela forma como agradeceram a oportunidade dada às suas crianças de realizarem algo que eles nunca tinham feito, nem possivelmente sequer teriam oportunidade de lhes proporcionar. Assim, esse foi um dia de festa, não apenas para as crianças que foram mas também para os adultos que ficaram! O que, apesar do medo de autorizarem a ida das crianças, tiveram a coragem de as deixar participar e sentiram uma grande alegria pela grande felicidade que esta experiência lhes trouxe. Face

ao exposto, a análise dos indicadores de processo, tendo sido totalmente atingidos e alguns até superados, revela o sucesso na concretização dos objetivos definidos para intervenção comunitária. Também os indicadores de atividade foram totalmente atingidos, tendo-se verificado uma taxa de 100% no que se refere às atividades realizadas em comparação com as previstas.

Quanto às metas e respectivas avaliações sobre a avaliação qualitativa das atividades desenvolvidas com as crianças e da sessão de educação para a saúde dirigida aos EE também todas foram atingidas (Apêndice 19).

Quanto aos **indicadores de resultado ou de impacto**, como estes só poderão ser avaliados cinco a seis meses após a intervenção, e devido, não apenas à especificidade da temática abordada, mas também devido ao tempo limite de execução do projeto de intervenção, ficou definido que se aplicaria novamente o Questionário de Capacidades e Dificuldades SDQ_Por na versão pais e na versão professor. Assim, definiram-se os seguintes indicadores de impacto para avaliar cinco meses após a intervenção, de modo a mensurar as alterações verificadas e os eventuais ganhos em saúde alcançados:

- “Aumentar em 5% a frequência relativa na pontuação normal com casos válidos para *SDQ_Por*, na versão Pais na sub-escala Sintomas Emocionais, em Junho de 2012”;
- “Aumentar em 5% a frequência relativa na pontuação normal com casos válidos para *SDQ_Por*, na versão Professor na sub-escala Sintomas Emocionais, em Junho de 2012”.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DGS (2008), refere que em Portugal é urgente o desenvolvimento de programas dirigidos às crianças e que permitam respostas de qualidade às suas necessidades, a nível da promoção da saúde e da prevenção da doença e que deverão basear-se no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, na promoção da autoestima e na prevenção de comportamentos de risco. Assim, e reconhecendo a importância que a autoestima tem no desenvolvimento das crianças, Major (2007), alerta por sua vez, para a necessidade de intervir a nível da intervenção em crianças em idade pré-escolar porque, para além de este ser um período de emergência de problemas, constitui também um período ideal para intervenção. Este projeto foi desenvolvido com base no pressuposto que todas as pessoas têm capacidades que, se forem devidamente mobilizadas, as tornam resilientes: acreditamos que as crianças são detentoras do potencial necessário para se tornarem resilientes. Mas, para tal, devemos também capacitar os adultos mais significativos para elas: os encarregados de educação e a educadora, sendo estes os que mais influência têm na construção de uma autoestima positiva das crianças. Essa capacitação contribuirá não apenas para a promoção da saúde, a prevenção de dificuldades de aprendizagem e de adaptação das crianças, mas também para um desenvolvimento saudável das crianças até à idade adulta. Assim, depois de termos relatado a forma como este projeto decorreu, pretendemos, após refletir sobre as competências que foram adquiridas, tecer algumas considerações sobre as limitações e implicações deste projeto de intervenção comunitária, para a prestação de cuidados, para a formação e para a investigação em enfermagem.

Foram várias as competências específicas adquiridas no âmbito da especialização em enfermagem comunitária, nomeadamente ao nível da avaliação do estado de saúde de um grupo e implementação de uma intervenção, através da Metodologia do Planeamento em Saúde, que nos permitiu de uma forma sistemática desenvolver o processo ao longo das várias etapas. Salienta-se também o suporte teórico do Modelo de Dorothea Orem – Teoria do Défice do AutoCuidado, ao longo do projeto que contribuiu para o seu enriquecimento, revelando-se essencial na fundamentação da estratégia de promoção da saúde e de capacitação de indivíduos e grupos. Dessa forma desenvolveram-se ainda competências face ao processo de capacitação de um grupo com maior vulnerabilidade tendo em conta as suas necessidades específicas e face ao aprofundar de conhecimentos em termos de investigação em enfermagem, nomeadamente na competência para a compreensão da importância de prática baseada na evidência. Consideramos ainda ter adquirido competências ao nível da comunicação e do trabalho em equipas multiprofissionais que, permitiram compreender melhor a

dinâmica de uma comunidade, a sua abordagem e estabelecer parcerias de atuação que se revelaram preciosas nas várias etapas da intervenção. A prática reflexiva baseada nos valores ético-sociais do grupo associada ao respeito integral pelas questões éticas, assumiram-se como a base do desenvolvimento de competências pessoais e profissionais neste processo.

Por sua vez a redação do presente relatório é considerada por si só como o desenvolvimento da competência de comunicação e divulgação da prática clínica e de investigação ao permitir a transmissão de todo um processo e as suas implicações para a prática baseada na evidência. Contudo, e apesar da aquisição das competências específicas referidas, de acordo com o Modelo de Aquisição e Competências (Benner, 2001), conclui-se a manutenção no nível de principiante, uma vez que o nível seguinte requer uma prática profissional de pelo menos um ano na área.

Quanto aos principais constrangimentos encontrados, estes relacionaram-se com uma grande dificuldade por parte da mestrandia em conciliar o estágio com a atividade laboral e pessoal diretamente relacionadas com a escassez de tempo para a operacionalização do projeto. Este obstáculo foi possível ser ultrapassado graças à cooperação das profissionais do JI e da enfermeira responsável pelo estágio, mas também graças à elevada realização pessoal e profissional sentida durante todo este percurso. Salientam-se assim como aspetos facilitadores e positivos o apoio da enfermeira responsável pelo estágio e da enfermeira coordenadora de enfermagem da UCSP do Lumiar que foram uma mais-valia através da confiança manifestada e do reforço positivo que muito contribuíram para a consecução do projeto e a sua aceitação junto dos profissionais do JI e dos EE das crianças. Quanto ao fato da limitação em termos de tempo não permitir a avaliação de indicadores de impacto, esta foi compensada pelo estabelecimento de parcerias comunitárias e sensibilização dos profissionais da UCSP, que despertados para a problemática e estratégia seleccionada, assumiram a continuidade do projeto. Em termos de consciencialização para a problemática das competências emocionais/autoestima em idade pré-escolar, foi muito positivo, sendo vários os profissionais de saúde que referiram o pouco investimento nesta área associado à falta de formação, sendo este um aspeto a considerar após o estágio, através do estabelecimento de parcerias, da entrega de material didático à educadora e à enfermeira responsável pelo estágio e pela continuidade da intervenção. Gostaríamos também de salientar também o fato muito positivo de se ter iniciado na ONPC, o processo que envolve a inscrição de crianças de outras culturas no JI como um fator determinante porque e de acordo com Ramos (2008), ao promover a relação entre culturas, mantendo a identidade de cada uma, contribui-se para passar da multiculturalidade para a interculturalidade.

Em termos de implicações para a prática, consideramos que a opção por esta estratégia de intervenção revelou-se muito positiva na medida em que, para além de contribuir para o desenvolvimento de um processo de capacitação do grupo de crianças, possibilita também a replicação destas atividades pela educadora potenciando a promoção da saúde do grupo que lhe é confiado. Da mesma forma, em termos de sugestões para a prática, através da apresentação do projeto à equipa do ACES e da UCSP, esperamos, para além de uma maior visibilidade do papel do EEEEC na abordagem a grupos de crianças ao nível da prevenção primária, ter também contribuído para uma prática baseada na evidência. Espera-se assim, e baseado no *feedback* recebido, que este projeto possa ter continuidade porque, só num período temporal mais prolongado se poderão obter resultados consistentes, isto porque como refere Cury, “*educar é semear com sabedoria e colher com paciência*”. Realçarmos nesse sentido, a importância da avaliação através dos indicadores de impacto prevista para Junho de 2012, para medirmos o impacto da nossa intervenção.

Em termos de formação, tendo sido verificada a falta de formação sobre a temática das competências emocionais e da autoestima pelos profissionais do ACES e da UCSP consideramos que poderia constituir uma mais-valia, introduzir-se estas temáticas nos currículos da licenciatura em enfermagem. Em termos de investigação a técnica de amostragem não nos permite a generalização dos resultados, sendo que deixa-se a sugestão de replicar a sua aplicação em amostras de dimensão maior, e características semelhantes em estudos futuros.

No final, foi também muito gratificante perceber a importância atribuída a este projeto pelos profissionais do ACES e UCSP e também pelas profissionais do JI, quer pelo agradecimento final que fizeram, quer pelas várias atividades mencionadas no jornal da ONPC.

Este projeto está enraizado na ciência e na razão mas os frutos que produziu foram sobretudo resultado do amor e do carinho que as crianças nos deram e tornaram este percurso possível. Daí salientar-se a importância do papel de proximidade do EEEEC na intervenção comunitária com populações vulneráveis. Através dessa proximidade e do conhecimento mais aprofundado dessas populações, estabelecem-se laços que permitem, centrando-nos nas suas capacidades, contribuir para se tornarem resilientes. Assim, mais do que estabelecer uma relação de ajuda, para o EEEEC que trabalha com populações vulneráveis, é importante criar laços de acompanhamento e aproximação às suas singularidades. Assim, e findo a redação deste relatório, esperamos ter contribuído para abrir caminhos que outros também seguirão...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achenbach, T. M. & McConaughy, S. H. (1987). Child/Adolescent Behavioral and Emotional Problems: Implications of Cross-Informant Correlations for Situational Specificity. *Psychological Bulletin*. Nº 101(2), p. 213-232.

Bacelar, M. (2010). Ficha de Programa: 1º Vector – Mais Saúde Projecto. Acesso das populações desfavorecidas aos cuidados de saúde.

Benner, P. (1984). *From Novice to Expert*. California: Addison-Wesley Publishing Company.

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Edição Comemorativa. Coleção Enfermagem. Editora Quarteto, (1.ª Ed.).

Bolsoni-Silva, A. T., Marturano, E. M., Pereira, V. A., & Manfrinato, J. W. S. (2006). Habilidades Sociais e Problemas de Comportamento de Pré-Escolares: Comparando Avaliações de Mães e de Professoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 460-469.

Carmo, H., Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação – Guia para a Auto – Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

CEDRU - Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (2010). *Ameixoeira – Avaliação Socioeconómica Intercalar - Relatório Final*. K'CIDADE. Lisboa.

Cherniss, C. & Goleman, D. (Ed.) (2001). *The Emotionally Intelligent Workplace*, San Francisco: Jossey-Bass. In Gendron, B. *Les compétences émotionnelles comme compétences professionnelles chez les enseignants*. 5e Colloque, Questions de pédagogie dans l'enseignement supérieur, (2008, juin). France.

De Chesnay, M. & Anderson, B. A. (2012). *Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, Practice and Research*. (3ª Ed.) USA: Jones & Bartlett Learning.

Duclos, G. & Bertrand, D. (1997). *Quand les tout-petits apprennent à s'estimer... Guide théorique et recueil d'activités pour favoriser l'estime de soi des enfants de 3 à 6 ans*. Montréal: Éditions CHU Sainte Justine.

Durán, H. (1989). *Planeamento da Saúde, Aspectos Conceptuais e Operativos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

ESEL (2012). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Norma APA. Acedido em 20/10/2012. Disponível em http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/5C89A048-9601-4EB4-BB7F-DBB9CFEBE4A7/3730/APAGuia_2012_vf.pdf

Fleitlich, B., Loureiro, M. J., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2004). Questionário do SDQ, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa. Acedido em 18/09/2011. Disponível em <http://www.sdqinfo.com/d23a.html>

Fortin, M.F (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. Nº 38, p. 581–586.

Goodman R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.

Havighurst, S. S. & Harley, A. & Prior M. (2004). Building Preschool Children's Emotional Competence: A Parenting Program. *Early Education & Development*. Volume 15, Number 4, October 2004, p. 423-447.

Hockenberry, M.J. & Winkelstein, W. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Laporte, D. (1997). *Pour favoriser l'estime de soi des tout-petits. Guide pratique à l'intention des parents d'enfants de 0 à 6 ans*. Montréal: Éditions de l' Hôpital Sainte Justine (CHU mère-enfant).

Lopes, J., Santos, M., Matos, M., Ribeiro, O. (2009). *Multiculturalidade – perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar*. Loures: Lusociência.

Major, S. O. (2007). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Estudo exploratório com crianças portuguesas* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Marau, J. (2007). O Desenho Infantil e o Círculo Familiar de Thrower em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* , 23, pp. 319-25.

Moreira, P. (2004). *Porque eu mereço! Livro de diplomas para promoção da auto-estima*. Porto: Porto Editora.

Nissen, H. & Hawkins, C.J. (2010). Promoting emotional competence in the preschool classroom. *Childhood Education Publisher: Association for Childhood Education International*. Vol. 86. Nº 4. P. 255-259.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido em 21/06/2011. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

Orem, D. (1985). *Nursing: Concepts of Practice*. USA: McGraw-Hill.

Organização Mundial de Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários*. Cazaquistão. Acedido em 13/04/2011. Disponível em www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm

Piaget, J. (1969). *Seis estudos de psicologia*. Rio de Janeiro: Forense, 1969.

Portugal. (2012). Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (DGS) Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Acedido em 20/10/2011. Disponível em <http://pns.dgs.pt/>

Portugal. (2006). Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (DGS) Plano Nacional de Saúde Escolar (2006). Acedido em 20/09/2011. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/saude+escolar/saudeescolar.htm>

Portugal. (2008). Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (DGS) Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Acedido em 20/10/2011. Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/3/saude+mental.htm>

Ramos, N. (Org.) (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. Paraíba: Editora Universitária da UFPB João Pessoa.

Redman, B. K. (2003). *A prática da educação para a saúde*. (9ª Ed.). Loures: Lusociência.

Reis Colaço, M. (2010). *Comunidades reconstruídas: sentido de comunidade e apoio social percebido no pós-realojamento*. Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia. Tese de Mestrado.

Rodrigues, E. V. & Samagaio, F. & Ferreira, H. & Mendes, M. M. & Januário, S. (1999) – A Pobreza e a Exclusão Social: Teorias, Conceitos e Políticas Sociais em Portugal. *Sociologia*. nº 9. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Saarni, C. (2011). *Développement affectif chez l'enfant*. Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants. Acedido em 20-09-2011. Disponível em <http://www.enfant-encyclopedia.com/documents/SaarniFRxp1.pdf>

Saarni, C. (1999). Competência emocional e autocontrolo na infância. In Salovey & Sluter (Eds.), *A inteligência emocional da criança. Aplicações na educação e no dia-a-dia*. p. 54-84. Rio de Janeiro: Editora Campus.

Silva, F. S. G. (2008). *Autonomia comportamental das crianças antes de ingressarem na escola primária: comportamentos de autonomia e perturbação emocional e comportamental*. Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Tese de Mestrado.

Speakman, N. J. & Herman, K. L. & Vogel, S. A. (1993). Risk and resilience in individuals with learning disabilities: a challenge to the field. *Learning Disabilities: Research & Practice*, Nº 8(1), p. 59-65.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.

Tavares, A. (1990) – *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Portugal. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Vale, V. (2009). Do tecer ao recomendar: os fios da competência socio-emocional. *Exedra*, nº 2. Coimbra. p. 129-146.

Wilkinson, A. & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 46. pp. 1143-1147.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) Versão Pais 4-16

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

P 4-16

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha nos últimos seis meses.

Nome da criança

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, arneçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

☐ Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☐ Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☐ Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☐ Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura

Data

Mãe/Pai/Outro (por favor, indique quem):

Anexo 2 – Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) Versão Professores 4-16

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

Pr 4-16

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do aluno / da aluna nos últimos seis meses ou neste ano escolar.

Nome da criança

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, arneçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

▮ Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▮ Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▮ Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▮ Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura

Data

Mãe/Pai/Outro (por favor, indique quem):

Anexo 3 – Grelha de Análise de Pineault e Daveluy

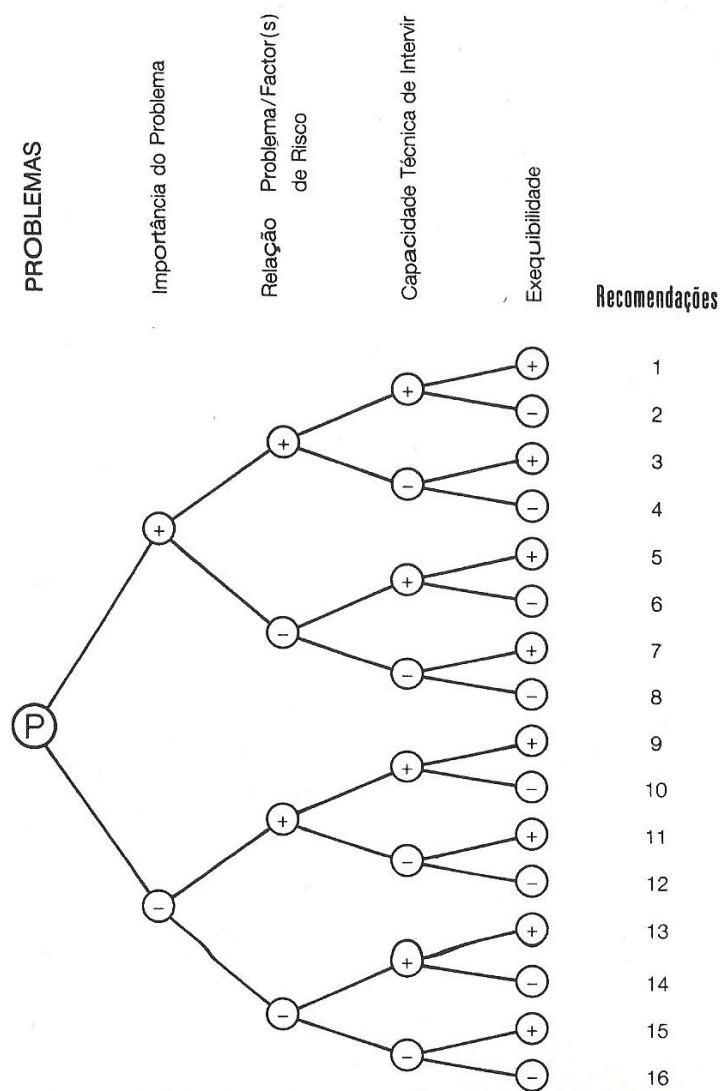


FIG. 9 – GRELHA DE ANÁLISE para determinação de prioridades
(Extraído de Pineault e Daveluy, 1986)

Anexo 4 – Diploma “Sou Único e Especial”

Diploma 35

DIPLOMA



O(A) _____
é muito **BONITO(A)**
PORQUE É UMA CRIANÇA ÚNICA E ESPECIAL!

Data: ____ - ____ - ____ Assinatura: _____



APÊNDICES

Apêndice 1 – Cronograma previsto e reformulado




Cronograma Previsto		Out-11			Nov-11			Dez-11			Jan-12			Fev-12			Mar-12						
Etapas do Planeamento em Saúde	Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Diagnóstico de Situação	Integração na UCSP/Jardim de Infância																						
	Aplicação dos Instrumentos de Colheita de Dados																						
	Análise dos Dados																						
Definição de Prioridades	Aplicação do Método de Priorização																						
Fixação de Objectivos																							
Seleção de Estratégias																							
Execução																							
Avaliação	Avaliação Contínua																						
	Aplicação do Instrumento de Avaliação																						
	Término do Relatório																						
	Orientação Académica																						


Cronograma Reformulado		Out-11				Nov-11				Dez-11				Jan-12				Fev-12				Mar-12			
Etapas do Planeamento em Saúde	Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
Diagnóstico de Situação	Integração na UCSP/Jardim de Infância																								
	Aplicação dos Instrumentos de Colheita de Dados																								
	Análise dos Dados																								
Definição de Prioridades	Aplicação do Método de Priorização																								
Fixação de Objectivos																									
Seleção de Estratégias																									
Execução																									
Avaliação	Avaliação Contínua																								
	Término do relatório																								
	Orientação Académica																								

Mar-13



Apêndice 2 – Autorização da ONPC para aplicação do projeto

**Fátima Moita** <fatima.sdl@sapo.pt> 14/06/11 ☆  

para mim 

Ex.^ª. Senhora Enfermeira
Dr.^ª Ana Maria Lopes

Venho comunicar que aceitamos com gosto a sua proposta de desenvolver o seu projecto/trabalho final no Centro Majari – secção Pré-Escolar.
Agradecemos que mais tarde nos dê a conhecer esse mesmo projecto, para melhor acompanharmos a sua execução.
Com os melhores cumprimentos

Fernanda Reis
Presidente
Secretariado Diocesano de Lisboa da ONPC
Telef. 21 840 66 98 - 96 9 820 899
Fax.: 21 840 66 98

Apêndice 3 – Autorização para mencionar nome da UCSP do Lumiar no relatório

Exma. Senhora enfermeira Aida Maria Costa Nunes Lopes Ferreira

Coordenadora de Enfermagem da UCSP do Lumiar

ACES Lisboa Norte

Ana Maria Gabriel Lopes, tendo realizado estágio na UCSP do Lumiar, no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, vem por este meio solicitar autorização para poder mencionar e identificar o ACES de Lisboa Norte e a UCSP do Lumiar no seu relatório final de estágio, bem como no estudo realizado, garantindo o anonimato dos intervenientes que colaboraram neste trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos,



Lisboa, 14 de Janeiro 2013

Nada a opor

14/01/2013

AIDA LOPES FERREIRA
Enf. Especialista
Responsável de Enfermagem

A.R.S. LISBOA E VALE DO TEJO, L.P.
ACES - 01 Lisboa Norte
UCSP do LUMIAR
Alameda das Linhas de Torres, 243, 2.º Piso
1750-144 LISBOA

Apêndice 4 – Autorização para mencionar nome da ONPC no relatório

Exma. Senhora Doutora Fernanda dos Reis Ferreira

Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos

Ana Maria Gabriel Lopes, tendo realizado estágio no Jardim-de-Infância Majari da Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos, no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, vem por este meio solicitar autorização para poder mencionar e identificar Jardim-de-Infância Majari da Obra Nacional da Pastoral dos Ciganos no seu relatório final de estágio, bem como no estudo realizado, garantindo o anonimato dos intervenientes que colaboraram neste trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos,



Lisboa, Janeiro 2013

Deixa a operar.

Fernanda dos Reis
SECRETARIADO DIOCESANO DE LISBOA

DA
OBRA NACIONAL DA PASTORAL DOS
CIGANOS
Lisboa, 14-01-2013
Rua Cidade de Bolama, 5-2.º Esq.
P - 1800-076 LISBOA

Apêndice 5 – Consentimento Informado

Consentimento Informado

O meu nome é Ana Maria Gabriel Lopes, estou a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e estou a desenvolver um estudo sobre a “Promoção de competências emocionais de crianças de 4 a 6 anos em contexto multicultural”, sob orientação do Professor José Edmundo Sousa para obter o grau de mestre em Enfermagem Comunitária.

Solicito que me seja dada a sua autorização de participação do seu educando neste estudo bem como que lhe possam ser tiradas fotografias que se destinem exclusivamente para o desenvolvimento deste estudo.

Solicita-se também autorização para consultar o processo administrativo do seu educando e para a educadora preencher um questionário sobre o seu educando.

Está garantido o anonimato e em qualquer altura o seu educando pode abandonar este estudo sem prejuízo para ele.

Nome da Criança:

Parentesco com criança:

Autorizo ☐

Não autorizo ☐

Assinatura:

Data: ____/____/____

Apêndice 6 – Questionário caracterização sociodemográfica

Questionário Caracterização SocioDemográfica

Nome da Criança

Género da Criança

Feminino ☐

Masculino ☐

Idade da Criança

4 anos ☐

5 anos ☐

6 anos ☐

Cultura

Cigana ☐

Africana ☐

"Portuguesa" ☐

Quem vive em casa com criança?

Pai ☐

Mãe ☐

Pai, Mãe, Irmãos ☐

Pai, Mãe, Irmãos e outros familiares ☐

Mora no Bairro de Realojamento?

Sim ☐

Não ☐

Situação Profissional dos EE

Empregado ☐

Desempregado ☐

EE beneficiam de algum apoio social?

Sim ☐

Não ☐

Se sim, de que tipo?

Rendimento Social de Inserção ☐

Protecção Familiar ☐

Nível de Escolaridade dos EE?

Analfabeto ☐

1º ciclo ☐

2º ciclo ☐

3º ciclo ☐

Secundário ☐

Superior ☐

Apêndice 7 – Fatores condicionantes externos do desenvolvimento

Fatores Condicionantes Externos do Desenvolvimento (Protetores)	Fatores Condicionantes Externos do Desenvolvimento (de Risco)
Carinho com que crianças mais velhas cuidam dos mais pequenos	Desemprego/Inatividade
Brincadeira: brincam juntos independentemente das etnias/culturas; Meninos brincam com bonecas, aos cabeleireiros,...	Higiene deficiente: cheiro, cabelo sujo, dentes danificados, piolhos; cospem para chão no recreio; urinam contra muro do recreio
Ambiente seguro: Recreio com equipamentos seguros; Farmácia primeiros socorros OK	Agasalho insuficiente/desadequado
Partilha situações culturais diferentes: Educadora promove essa partilha, por ex. quando uma avó de criança cigana foi batizada na praia, criança contou às restantes)	Alimentação incorrecta: crianças trazem de casa salgados, sumos, croissants,
Respeito pela cultura cigana nas festas do JI com danças e cantos ciganos; divulgação do site para aprenderem língua "rom" com personagens e cenas baseadas todas na cultura cigana.	Bairro vandalizado: lixo atirado pelas janelas para rua, para passeios e zonas verdes; entrada de alguns prédios vandalizados (portas com vidros partidos, sem fechaduras, caixas de correio destruídas,...); zonas comuns muito sujas; degraus e cantos das escadas partidos (botijas de gás); elevadores danificados e desativados (funcionário já foi vítima de assalto); algumas casas sem porta de entrada; algumas janelas arrancadas para revender o alumínio e substituídas por placas de "madeira"
Ligação dos pais/avós com funcionárias do JI: algumas permanecem na instituição há 30 anos pelo que já cuidaram dos pais e avós de algumas crianças (criaram-se laços); alguns pais reconhecem o quanto devem às funcionárias do JI ("Glória tem um cabelo branco por cada ciganito que ajudou a criar!" sic); algumas mães/avós vão pontualmente trabalhar na cozinha do JI, realizar trabalho comunitário.	JI vítima de vandalismo: moradores dos andares de cima deitam lixo pelas janelas para recreio das crianças; moradora do andar de cima (de etnia cigana) provoca infiltração de água para teto da sala das crianças quando descontente
Interligação do JI com bairro: através da interligação com Igreja (Secretariado Diocesano da ONPC) ajudam com alimentação, roupa; sinalizam problemas de saúde de alguns moradores, inclusive vacinas em atraso das crianças do JI para a equipa de Intervenção Comunitária	Realojamento: veio interferir com dinâmicas familiares tradicionais
Investimento do JI em ensinar crianças	Violência: violência verbal e incentivo à violência física no recreio contra meninos de raça negra (pelos mais crescidos do ATL ou mesmo pelos que passam na rua); (C6) bate nas outras crianças e esconde delas os brinquedos para só ele brincar (sempre sózinho); (C11) bate nas outras crianças e levantou a mão a uma funcionária. Ficou de castigo sentado numa cadeira durante o recreio (comentário: "O pai deve ter voltado a ter a mão leve lá em casa; eles imitam tudo!" sic); (C2) apresenta ferida no abdome: numa primeira versão refere ter sido o pai em casa com o vidro de uma garrafa de cerveja partida, depois retrai-se e refere ter caído em casa; verificam-se muitas lutas entre as crianças; O pagamento das mensalidades também está na origem de alguns conflitos entre os EE e a educadora que faz as cobranças à porta, isto, porque se não pagar, a criança não pode entrar no JI
Bairro: existem algumas plantas verdes nos espaços comuns de alguns prédios; já existe uma mercearia no bairro pertencente a um casal jovem de cultura africana	Prisão: conversa entre (C16) e Educadora: - Quando é que se fica muito tempo na prisão? - É quando se faz uma coisa muito má! - E quando se faz uma pequenina? - Fica-se de castigo!; (C2) muito feliz diz: - A minha mãe foi ao Colombo, foi comprar brinquedos. Responde uma das funcionárias: - Foi ao Colombo! Foi mas é lá para roubar. Vê mas é se não vai presa!
	Racismo: (C14) menina de etnia cigana: - Não quero namorar com o (C10) porque ele é preto! Ele é todo preto!"
	Desenvolvimento: algumas crianças não sabiam sequer pegar num lápis o que interferia com a sua autoestima, nomeadamente junto de outras crianças (C5) brilha em tudo, mas quando chega a altura de escrever/desenhar, apaga-se!); Uma auxiliar a trabalhar há 30 anos junto desta população refere que - O pior que acontece aqui é que eles convencem-se que são burros e isto nada muda. - Quem é que os convence? - Eles próprios, dos pais para os filhos. Convencem-se que são mais burros que os outros e que a escola não é para eles!

Apêndice 8 – Autorização para usar o Questionário SDQ_Por



Maria Filomena Gaspar <ninigaspar@fpce.uc.pt>

09/12/11 ☆



para mim ▾

Cara Ana Maria

Agradeço o seu cuidado em pedir autorização para usar o SDQ

Porém o autor do questionário (Goodman) entendeu que todas as versões são de uso livre e estão disponíveis, nas várias línguas, no site do SDQ (sdqinfo.com) onde tb encontra investigação

Boa sorte para a sua investigação

Prof Filomena

Em 08.12.2011 15:44, ana lopes escreveu:

—

Apêndice 9 - Matriz de correlações momento de produto entre avaliações EE (P) e Educadora (Pr)

Matriz de correlações momento de produto entre avaliações EE (P) e Educadora (Pr)

	PPbComport	PSEmocionais	PPColegas	PHiperactividade	PComportProSoc	PrSEmocionais	PrPbComport	PrHiperactividade	PrPColegas	PrComportProSoc
PPbComport	1									
PSEmocionais	,548*	1								
PPColegas	0,39	0,242	1							
PHiperactividade	,606**	,560**	0,202	1						
PComportProSoc	-0,203	-0,313	-,463*	-0,075	1					
PrSEmocionais	0,289	0,268	0,069	0,011	-0,152	1				
PrPbComport	-0,013	-0,025	-0,051	-0,083	0,033	0,091	1			
PrHiperactividade	-0,062	-0,08	-0,044	0,398	0,203	0,061	,457*	1		
PrPColegas	-0,005	-0,212	-0,26	-0,014	0,362	0,172	0,188	0,176	1	
PrComportProSoc	-0,016	0,216	-0,215	0,034	-0,155	,465*	-0,248	-0,016	-0,163	1

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Apêndice 10 –Plano de Apresentação do projeto no JI

Plano de apresentação do projeto no JI

Data: 09 de Dezembro de 2011

População alvo: Educadora e Responsável do JI

Duração: 20 minutos

Local: Sala de Pessoal do JI

Hora: 14h00

Material: Computador

	Actividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objectivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	2 min	
Desenvolvimento	<p>Apresentação do projeto: "Competências Emocionais de Crianças de Pré-Escolar de 4-6 anos em Contexto Multicultural, Uma Intervenção de Enfermagem"</p> <p>Problemática e conceptualização das competências emocionais/autoestima infantil</p> <p>Fatores condicionantes da autoestima</p> <p>Pertinência da prevenção e promoção de saúde</p> <p>Benefícios de uma boa autoestima nas crianças</p> <p>Metodologia da <i>Collection Estime de Soi</i> e de que forma a educadora poderá colaborar</p> <p>Necessidade de reforço positivo para a construção de uma boa autoestima nas crianças</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Interativo</p>	10 min	Participação ativa da educadora e responsável do JI
Conclusão	Resumo da sessão e pedido colaboração	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>	3 min	Opinião oral da Educadora e Responsável do JI, acerca da pertinência do projeto no JI

Apêndice 11 – Plano de Sessão Informativa na UCSP

Plano de Sessão Informativa

Data: 16 de Fevereiro de 2012

Hora: 12h00

Duração: 20 minutos

População alvo: Profissionais da UCSP e ACES

Local: Sala de Formação da UCSP do Lumiar

Material: Computador, projector, diapositivos

	Atividades	Métodos	Tempo
Introdução	Apresentação dos objetivos da sessão	Expositivo	2 min
Desenvolvimento	<p>Apresentação do projeto: "Competências Emocionais de Crianças de Pré-Escolar de 4-6 anos em Contexto Multicultural - Uma Intervenção de Enfermagem"</p> <p>Objetivos</p> <p>População alvo</p> <p>Etapas do Planeamento em Saúde</p> <p>Atividades desenvolvidas</p> <p>Avaliação da Intervenção</p> <p>Competências desenvolvidas como EEEC</p>	Expositivo, Interrogativo, Interativo	12 min
Conclusão	Resumo da sessão e reflexão conjunta	Expositivo, Interrogativo	6 min

Apêndice 12 – Cronograma de atividades de intervenção

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE INTERVENÇÃO

Mês	Dez-11				Jan-12				Fev-12			
Atividades												
Apresentação projeto no II												
Os meus sentimentos												
O meu retrato												
Sou único e especial												
Uma equipa de estrelas												
Eu serei capaz												
Exposição dos trabalhos no II												
Sessão de educação para a saúde para os EE												
Entrega Diploma "Sou único e especial"												
Apresentação do projeto na UCSP												
Passeio ao Jardim Zoológico de Lisboa												

Apêndice 13 – Avaliação qualitativa das atividades com as crianças

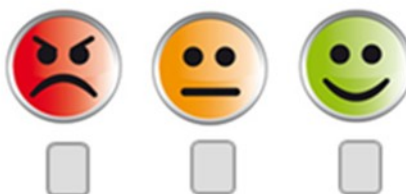
AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS ATIVIDADES COM AS CRIANÇAS

- 1- Que sentimentos sentem mais vezes?
- 2- Que diferenças existem entre as pessoas?
- 3- O que faz que cada pessoa é única?
- 4- Todas as pessoas são boas a fazer as mesmas coisas?
- 5- Lembram-se de algumas atividades que já conseguem fazer e que antes não eram capazes?

Apêndice 14 – Questionário Avaliação satisfação dirigido às crianças e EE

QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO

Nome da Atividade: _____



Apêndice 15 – Plano da Sessão de EpS dirigida aos EE

Plano de sessão de educação para a saúde

Data: 9 de Fevereiro de 2012

Duração: 15 minutos

Hora: 14h00

População alvo: Encarregados de educação das crianças de 4-6 anos

Local: Ginásio do ATL/Sala de Pessoal do JI

Material: Slides impressos, fotografias dos educandos

	Atividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	2 min	
Desenvolvimento	Exposição do tema: "Competências Emocionais de Crianças de Pré-Escolar de 4-6 anos em Contexto Multicultural, Uma Intervenção de Enfermagem" Competências emocionais e autoestima Benefícios de uma boa autoestima nas crianças Soluções práticas para ajudar o seu educando a desenvolver uma boa autoestima	Expositivo Interrogativo Interativo	10 min	Participação ativa dos encarregados de educação
Conclusão	Resumo da sessão e reflexão conjunta	Expositivo Interrogativo	3 min	Aplicação do questionário de avaliação da sessão

Apêndice 16 - Plano de intervenção comunitária

Plano de intervenção comunitária

Diagnóstico	Objetivos específicos	Atividades
Déficé do Autocuidado, na dimensão das competências emocionais/autoestima das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira.	<p>1- Avaliar as competências emocionais, em termos de capacidades e dificuldades, das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira;</p> <p>2- Identificar o nível de déficé de autocuidado nas competências emocionais, na dimensão da autoestima, das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira;</p> <p>3- Promover a capacidade de identificar emoções e sentimentos das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira;</p> <p>4- Promover a autoestima positiva das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira, para que aprendam a gostar de si próprias e a valorizarem-se pelos resultados positivos que alcançam.</p>	<p>1- Tratamento estatístico dos dados obtidos através da aplicação do questionário SDQ Por à educadora e aos EE das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira;</p> <p>2- Promoção de sessões para capacitar para o autocuidado nas competências emocionais, na dimensão da autoestima, das crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira;</p> <p>3- Aquisição dos guias teóricos e práticos da <i>Collection ESTIME DE SOI</i> editado pelo <i>Hôpital Sainte-Justine, Le centre hospitalier mère-enfant (Canada)</i>;</p> <p>4- Apresentação do projeto no JI à educadora e à responsável do JI;</p> <p>5- Agendamento das atividades com as crianças com base nos guias teóricos e práticos da <i>Collection ESTIME DE SOI</i> editado pelo <i>Hôpital Sainte-Justine, Le centre hospitalier mère-enfant (Canada)</i>;</p> <p>6- Planeamento das atividades com as crianças com base nos guias teóricos e práticos da <i>Collection ESTIME DE SOI</i> editado pelo <i>Hôpital Sainte-Justine, Le centre hospitalier mère-enfant (Canada)</i>;</p> <p>7- Promoção das sessões educação para saúde com as crianças de 4-6 anos que frequentam o JI da ONPC da Ameixoeira, com base nos guias teóricos e práticos da <i>Collection ESTIME DE SOI</i> editado pelo <i>Hôpital Sainte-Justine, Le centre hospitalier mère-enfant (Canada)</i>;</p> <p>8- Exposição dos trabalhos realizados pelas crianças;</p> <p>9- Promoção de uma sessão educação para saúde com os EE no sentido de os capacitar para desenvolver atitudes promotoras de autoconfiança e posteriormente de uma autoestima positiva nos seus educandos;</p> <p>10- Entrega do Diploma “Sou Único e Especial” a cada criança;</p> <p>11- Apresentação do projeto na UCSP do Lumiar;</p> <p>12- Pedido colaboração e apoio da Junta de Freguesia da Ameixoeira no sentido de disponibilizar carrinha para transportar as crianças ao Jardim Zoológico de Lisboa;</p> <p>13- Angariação de apoio financeiro para a concretização do passeio ao Jardim Zoológico de Lisboa junto dos profissionais de um hospital privado de Lisboa;</p> <p>14- Passeio ao Jardim Zoológico de Lisboa.</p>

Apêndice 17 – Tabela de atividades

TABELA DE ATIVIDADES						
ATIVIDADE	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
"Os meus sentimentos"	HUMANOS: Participantes, Educadora, Auxiliar educação infância, Mestranda	16 de Janeiro de 2012	Sala das crianças de 4-6 anos do JI	Introdução do tema com leitura do livro "Camila não quer emprestar os seus brinquedos"; Solicita-se às crianças identificação dos sentimentos referidos na história.	Sensibilizar as crianças para a importância de respeitar os outros;	Realização efetiva da atividade
	MATERIAIS: Papel, canetas, cartolinas previamente cortadas; material didático impresso; Livro "Camila não quer emprestar os seus brinquedos"			Das 10h00 às 11h00;	Estimular as crianças a tomar consciência dos seus sentimentos;	$\frac{\text{Nº de crianças participantes}}{\text{Nº de crianças total}} \times 100$
				Solicita-se às crianças que representem num "smile" previamente recortado o sentimento que sentem mais vezes (zangado, feliz, triste)	Promover na criança a noção de que tem características únicas.	Avaliação oral com resposta à seguinte pergunta: "Que sentimentos sentem mais vezes?"
					Estimular o desenvolvimento da autoestima.	
"O meu retrato"	HUMANOS: Participantes, Educadora, Auxiliar educação infância, Mestranda	17 de Janeiro de 2012	Sala das crianças de 4-6 anos do JI	Introdução do tema com leitura do livro "Somos todos diferentes"; Solicita-se às crianças que depois de se olharem com atenção ao espelho, desenhem o seu autorretrato.	Levar a criança a tomar consciência do seu corpo.	Realização efetiva da atividade
	MATERIAIS: Mesa e cadeiras, papel, canetas, 2 espelhos; Livro "Somos todos diferentes"			Das 10h00 às 11h30;	Estimular a criança a ter um juízo positivo sobre si próprio e sobre o que a diferencia dos outros.	$\frac{\text{Nº de crianças participantes}}{\text{Nº de crianças total}} \times 100$
				Todos os desenhos são afixados e comentados pelas crianças (diferenças, semelhanças, etc.); Dizer o que há de interessante em cada desenho.	Promover na criança a noção de que tem características únicas.	Avaliação oral com resposta à seguinte pergunta: "Que diferenças existem entre as pessoas?"
					Estimular o desenvolvimento da autoestima.	
"Sou único e especial"	HUMANOS: Participantes, Educadora, Auxiliar educação infância, Mestranda	18 de Janeiro de 2012	Sala das crianças de 4-6 anos do JI	Introdução do tema com leitura do livro "Camila e os seus amigos"; Pinta-se a palma da mão de cada criança e explica-se que somos todos diferentes e que cada um é único e isso até se pode ver nas pequenas linhas que temos nas nossas palmas das mãos. A impressão de cada um é única.	Levar cada criança a tomar consciência, através da morfologia das suas mãos e através do jogo de "cabra-cega", da sua identidade única.	Realização efetiva da atividade
	MATERIAIS: Papel, canetas, pintura, cartolinas e um lenço; Livro "Camila e os seus amigos"			Das 10h00 às 11h45;		$\frac{\text{Nº de crianças participantes}}{\text{Nº de crianças total}} \times 100$
				Pinta-se a palma da mão de cada criança e pinta-se uma cartolina com cada palma; Jogo de "cabra-cega" para através do jogo e do tacto a criança apreender que cada uma é única.	Promover a criação das bases da sua identidade pessoal e apreciar-se com características únicas promovendo o desenvolvimento do sentimento de confiança.	Avaliação oral com resposta à seguinte pergunta: "O que faz que cada pessoa é única?"
					Estimular o desenvolvimento da autoestima.	

TABELA DE ATIVIDADES						
ATIVIDADE	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
"Uma equipa de estrelas"	HUMANOS: Participantes, Educadora, Auxiliar educação infância, Mestranda	19 de Janeiro de 2012	Sala das crianças de 4-6 anos do JI	Introdução do tema com leitura do livro "O primeiro dia no jardim-de-infância"; Solicita-se às crianças que selecionem no banco de imagens a atividade que fazem melhor no JI.	Levar a criança a identificar as atividades do JI em que tem sucesso e que consegue realizar bem.	Realização efetiva da atividade
	MATERIAIS: Papel, canetas,material didático impresso, tesouras,cola; Livro "O primeiro dia no jardim-de-infância"			Das 10h00 às 11h00;	Sensibilizar as crianças para as suas capacidades promovendo o desenvolvimento de um sentimento de sucesso, confirmando a criança nas suas competências e permitindo-lhe aceder a uma variedade de aprendizagens.	Avaliação oral com resposta à seguinte pergunta: "Todas as pessoas são boas a fazer as mesmas coisas?"
				Cada criança foi apresentada ao grupo sublinhando a actividade que faz melhor no jardim-de-infância, que seleccionara e esta é colada numa cartolina.	Estimular as crianças para reflectirem acerca do que conseguem realizar, promovendo o autoconhecimento.	Prenchimento do questionário de satisfação no final da intervenção.
					Estimular o desenvolvimento da autoestima.	
"Eu serei capaz"	HUMANOS: Participantes, Educadora, Auxiliar educação infância, Mestranda	20 de Janeiro de 2012	Sala das crianças de 4-6 anos do JI	Introdução do tema com leitura do livro "Quando eu for grande"; Solicita-se às crianças que selecionem no banco de imagens a atividade que gostariam de realizar quando forem grandes.	Estimular as crianças para refletirem sobre as suas capacidades e sobre as aprendizagens que realizou até à data, promovendo o sentimento de sucesso;	Realização efetiva da atividade
				Das 10h00 às 11h00; e das 15h00 às 15h30	Estimular as crianças para refletirem sobre as suas novas capacidades e os seus limites promovendo o autoconhecimento;	Avaliação oral com resposta à seguinte pergunta: "Lembram-se de algumas atividades que não conseguiam fazer e agora são capazes?"
				Cada criança apresenta ao grupo a atividade que deseja fazer quando for grande. Em cada apresentação exprime-se a nossa convicção que a criança será capaz de alcançar o que deseja e porquê.		
	MATERIAIS: Papel, canetas,material didático impresso, tesouras,cola, material didático; Livro "Quando eu for grande".			À tarde, cada atividade que a criança quer fazer quando for grande foi colada numa cartolina com uma fotografia da criança colada no rosto da personagem e é-lhes apresentado o "poster" com as suas fotos.	Estimular a vivência de sentimentos de sucesso confirmando a criança nas suas competências e permitindo-lhe aceder a uma variedade de aprendizagens.	Prenchimento do questionário de satisfação no final da intervenção.
				Estimular o desenvolvimento da autoestima.		
Exposição dos trabalhos na sala das crianças	Mestranda em parceria com educadora da sala	De 09 a 17 de Fevereiro de 2012	Sala das crianças de 4-6 anos do JI	Exposição dos trabalhos das crianças na sala das crianças; Convide aos EE para visitarem a exposição	Dar visibilidade ao trabalho efectuado com as crianças no sentido da promoção de uma boa autoestima	Realização efetiva da atividade

TABELA DE ATIVIDADES						
ATIVIDADE	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AValiação
Sessão de educação para a saúde para os encarregados de educação	HUMANOS: Participantes, Mestranda	09 de Fevereiro de 2012	Ginásio do ATL / Sala do Pessoal no JI	Baseada na temática das competências emocionais e da autoestima como promotores de desenvolvimento saudável.	Sensibilizar os encarregados de educação para a importância de uma boa autoestima na promoção da saúde dos seus educandos;	Realização efetiva da Sessão de Educação $\frac{\text{Nº de EE participantes}}{\text{Nº total de EE}} \times 100$
	MATERIAIS: Diapositivos impressos, Fotografias das crianças			Apresentação através do método expositivo e pedido de participação activa dos EE. Entrega aos EE das fotografias dos seus educandos.	Explicar a importância da verbalização dos sentimentos e do reforço positivo aos seus educandos através de experiências práticas, mostrar qual a melhor forma de o conseguir realizar.	Preenchimento do questionário de satisfação no final da intervenção.
				Convite aos EE para visitarem a exposição dos trabalhos dos seus educandos.	Capacitar os EE para desenvolver atitudes que favorecerão uma autoestima positiva nos seus educandos.	Avaliação oral com identificação pelos EE de pelo menos duas maneiras de ajudar a criança a ter uma autoestima positiva.
Entrega do Diploma "Sou único e especial"	HUMANOS: Participantes, Educadora, Auxiliar educação infância, Mestranda	15 de Fevereiro de 2012	Sala das crianças de 4-6 anos do JI	É entregue a cada criança um Diploma "Sou único e especial" e é recordado com as crianças o que se aprendeu ao longo da semana, dando-lhes um <i>feedback</i> positivo do que tomaram consciência e do que realizaram.	Estimular a vivência de sentimentos de sucesso confirmando a criança nas suas competências e permitindo-lhe aceder a uma variedade de aprendizagens.	Realização efetiva da atividade $\frac{\text{Nº de crianças participantes}}{\text{Nº de crianças total}} \times 100$
	MATERIAIS: Diploma "Sou único e especial"				Estimular o desenvolvimento da autoestima.	Preenchimento do questionário de satisfação no final da intervenção.
Apresentação do projeto na UCSP	HUMANOS: Participantes, Mestranda MATERIAIS: Computador, projetor, diapositivos	16 de Fevereiro de 2012	Sala de formação da UCSP do Lumiar	Apresentação do projeto através do método expositivo, interrogativo e interativo	Divulgar junto dos profissionais do ACES e da UCSP do Lumiar o projeto desenvolvido e assegurar a continuidade do mesmo pela equipa.	Realização efetiva da Sessão Informativa
"Passeio ao Jardim Zoológico de Lisboa"	Mestranda, educadoras, auxiliares educadoras de infância, motorista da junta de freguesia	17 de Fevereiro de 2012	Jardim Zoológico de Lisboa	Com o apoio da Junta de Freguesia da Ameixoeira que disponibilizou uma carrinha e motorista, levar as crianças ao Jardim Zoológico de Lisboa.	Estimular as relações interpessoais e a partilha de sentimentos e experiências.	Realização efetiva da atividade $\frac{\text{Nº de crianças participantes}}{\text{Nº de crianças total}} \times 100$
				Explicar às crianças do que são capazes alguns dos animais.	Estimular o desenvolvimento da autoestima.	Preenchimento do questionário de satisfação no final da intervenção.
				Participar activamente no espectáculo da Baía dos Golfinhos onde puderam cantar e dançar.		

Apêndice 18 – Fotografias das atividades realizadas com crianças

Os meus Sentimentos







25

O meu Diploma



26

Passeio ao Jardim Zoológico



Apêndice 19 – Metas e respetivas avaliações

Metas e respectivas avaliações

Meta	Avaliação
Que 50% das crianças seja capaz de identificar pelo menos 2 sentimentos que sente com maior frequência;	Meta atingida em 100%, avaliada através das respostas das crianças após as atividades;
Que 50% das crianças seja capaz de identificar pelo menos 2 diferenças entre as pessoas;	Meta atingida em 100%, avaliada através das respostas das crianças após as atividades;
Que 50% das crianças seja capaz de identificar pelo menos 2 características que tornam cada pessoa única;	Meta atingida em 100%, avaliada através das respostas das crianças após as atividades;
Que 50% das crianças responda que nem todas as pessoas são boas a fazer as mesmas coisas;	Meta atingida em 100%, avaliada através das respostas das crianças após as atividades;
Que 50% das crianças seja capaz de identificar pelo menos 2 atividades que antes não conseguiam fazer e agora já são capazes;	Meta atingida em 100%, avaliada através das respostas das crianças após as atividades;
Que 50% dos EE seja capaz de identificar pelo menos 2 maneiras de ajudar o seu educando a ter uma autoestima positiva.	Meta atingida em 100% apenas em relação aos EE que estiveram presentes na sessão de educação para a saúde. Contudo considera-se atingida porque houve 66% dos EE que estiveram presentes.

